

PERUSTERVEYDENHUOLLON JA ERIKOISSAIRAANHOIDON HOITOHENKILÖKUNNAN KOKEMUKSIA YHTEISTYÖSTÄ PITKÄAIKAISSAIRAAN LAPSEN JA HÄNEN PERHEENSÄ HOIDOSSA

Eeva Tokola, Heli Tervo & Iina Klemola

Opinnäytetyö
Helmikuu 2010

Hoitotyö
Sosiaali- ja terveysala



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Tekijät KLEMOLA, Iina TERVO, Heli TOKOLA, Eeva	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 3.2.2010
	Sivumäärä 43+12	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus () saakka	Verkkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi PERUSTERVEYDENHUOLLON JA ERIKOISSAIRAANHOIDON HOITOHENKILÖKUNNAN KOKEMUKSIA YHTEISTYÖSTÄ PITKÄAIKAISSAIRAAN LAPSEN JA HÄNEN PERHEENSÄ HOIDOSSA		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitotyö		
Työn ohjaajat HOPIA Hanna HUUSKOLA Katri		
Toimeksiantajat Keski-Suomen sairaanhoitopiiri ja Perusturvaliikelaitos Saarikka		
Tiivistelmä <p>Pitkäaikaissairaalan lapsen sekä hänen perheensä hoidon kokonaisuus rakentuu monen eri organisaation ja palveluntuottajien verkostosta. Somaattisesti pitkäaikaissairaalan lapsen hoidon aikana on pystyttävä turvaamaan hyvä ja saumaton yhteistyö hoitohenkilökunnan kesken, jotta lapsen turvallisuus ja hoidon jatkuvuus sekä kotona että sairaalassa toteutuvat.</p> <p>Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää hoitohenkilökunnan kokemusten kautta, kuinka yhteistyö toimii tilanteissa, joissa somaattisesti pitkäaikaissairas lapsi siirtyy kotikunnasta erikoissairaanhoidon tai päivastoon. Työn tarkoituksena oli kehittää perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä yhteistyötä pitkäaikaissairaalan lapsen ja hänen perheensä hoidossa. Opinnäytetyö oli osa Perheen parhaaksi yhteistyöllä – projektia. Opinnäytetyön tutkimusaineisto kerättiin ryhmähaastattelemalla Perusturvaliikelaitos Saarikan terveydenhoitajia sekä erikoissairaanhoidon lastenosaston ja – poliklinikan hoitohenkilökuntaa. Opinnäytetyön tutkimukseen osallistui yhteensä neljätoista (N=14) haastateltavaa perusterveydenhuollosta ja erikoissairaanhoidosta. Tutkimus oli laadullinen ja aineisto käsiteltiin induktiivisella sisällönanalyysillä.</p> <p>Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan kokemukset yhteistyön toimivuudesta olivat eriävät. Perusterveydenhuollossa terveydenhoitajat kokivat, että suoraa yhteistyötä ei ole. Erikoissairaanhoidon hoitohenkilökunta koki yhteistyön toimivaksi. Tärkeimpinä yhteistyötä edistävinä tekijöinä nousivat hoitohenkilökunnan ammattitaito ja toimivat käytänteet yhteistyössä. Koulutukset ja yhteiset palaverit koettiin edistävinä tekijöinä yhteistyön kehittämisen kannalta. Eniten yhteistyötä estävänä tekijänä koettiin molemmissa organisaatioissa tiedonkulkuun liittyvät ongelmat. Suurimpana tiedonkulkuun vaikuttavana asiana koettiin olevan tietojärjestelmäongelmat ja vaitiolovelvollisuus. Lisäksi tiedonkulun koettiin olevan suurelta osin vanhempien vastuulla.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Pitkäaikaissairaus, lapsi, perhe, perhehoitotyö, yhteistyö, perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido		
Muut tiedot		

Author(s) KLEMOLA, Iina TERVO, Heli TOKOLA, Eeva	Type of publication Bachelor's / Master's Thesis	Date 3.2.2010
	Pages 43+12	Language Finnish
	Confidential () Until	Permission for web publication (X)
Title THE COOPERATION OF PRIMARY HEALTH CARE AND SPECIALISED CARE IN THE CARE OF LONG-TERM PAEDIATRIC PATIENTS AND THEIR FAMILIES		
Degree Programme Degree Programme in Nursing, Public Health Nursing		
Tutors HOPIA Hanna HUUSKOLA Katri		
Assigned by Central Finland health care district and Perusturvallielaitos Saarikka		
Abstract <p>The purpose of this study was to collect information about the co-operation between special health care and primary care when dealing with somatic, long-term paediatric patients and their families. The aim was to observe how nursing staff experienced the co-operation between the two organizations and what the improving and preventing factors were in the partnership. The research material was collected with group interviews. The participants of the interviews were nurses from a paediatric ward and paediatric out-patients' department and public health nurses who worked in primary health care. The total number of the interviews was three and that of the interviewees 14 (N=14). The study was qualitative and the data was analysed with the help of a qualitative content-analysis.</p> <p>Based on the research findings, it can be said that the views on the co-operation between special and public health care were divergent. One of the biggest problems was said to be in the flow of information. The nurses in special health care thought that there was plenty of information being sent to public health care, but the public health nurses disagreed. Both sides shared the same opinion about the challenges related to updating contact details and to problems in the information systems. Both groups also had a common opinion about the benefits of learning to know each others' work. Educational and other common events as well as a positive attitude towards co-operation were regarded as factors promoting cooperation.</p> <p>This Bachelor's thesis was a part of the Perheen parhaaksi yhteistyöllä ('Cooperation for the Benefit of Families') -project. The results of this study can be used in developing a co-operation model between special health care and public health care.</p>		
Keywords Long-term illness, child, family, family health care, co-operation, primary care, special health care		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	3
2 YHTEISTYÖ PERUSTERVEYDENHUOLLON JA ERIKOISSAIRAANHOIDON VÄLILLÄ	5
2.1 Mitä yhteistyö on?	6
2.2 Yhteistyötä helpottavat käytänteet	7
2.3 Tiedonkulku yhteistyössä.....	8
2.4 Yhteistyöhön vaikuttavat hankkeet sekä laki- ja organisaatiomuutokset.....	10
3 YHTEISTYÖ PITKÄAIKAISSAIRAAN LAPSEN JA HÄNEN PERHEENSÄ HOIDOSSA	12
3.1 Perheen määrittelyä	12
3.2 Perheessä pitkäaikaissairas lapsi.....	13
3.3 Perhehoitotyö	15
3.4 Yhteistyö perusterveydenhuollossa	17
3.5 Yhteistyö erikoissairaanhoidossa	18
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET	20
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	21
5.1 Tutkimukseen osallistujat	21
5.2 Aineiston keruu	21
5.3 Aineiston analyysi.....	23
6 TUTKIMUSTULOKSET	25
6.1 Yhteistyön kehittämisen tarpeellisuus	25
6.2 Hoitohenkilökunnan ammattitaito ja käytänteet yhteistyön edistäjänä	26
6.3 Tiedonkulku haasteena yhteistyössä.....	28
7 POHDINTA	31
7.1 Tutkimustulosten tarkastelua	31
7.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	34
7.3 Jatkotutkimusaiheet	38
LÄHTEET	39
LIITE 1 Yhteistyösopimus/perusterveydenhuolto	42
LIITE2 yhteistyösopimus/erikoissairaanhoito.....	44
LIITE 3 Saatekirje	46
LIITE 4 Teemahaastattelurunko	47

LIITE 5 Taustatiedot.....	48
LIITE 6 Analyysitulokset	50

1 JOHDANTO

Pitkäaikaissairaudet ovat 2000-luvun suurimpia terveysongelmia. Teknologian ja lääkkeiden kehittymisen myötä myös pitkäaikaissairauksien diagnosoiminen on muuttunut helpommaksi. (Hanson, Gedaly-Duff & Kaakinen 2005, 414.) Pitkäaikais-sairaalan lapsen sekä hänen perheensä hoidon kokonaisuus rakentuu monen eri organisaation ja palveluntuottajien verkostosta. Organisaatioiden välinen yhteistyö on tullut tärkeämmäksi terveydenhuollon rakenteiden monimutkaistuesssa ja potilaiden hoidon jakautuessa useampaan organisaatioon. (Saaren- Seppälä 2004, 8- 12, 80.) Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö on perheen terveyden ja hyvinvoinnin tukemisen lähtökohtana perheen ja hoitohenkilökunnan yhteistyön lisäksi. Organisaatioiden yhteistyön toimiessa voidaan taata toimiva ja monipuolinen terveydenhuolto. (Åstedt-Kurki, Jussila, Koponen, Lehto, Maijala, Paavilainen & Pönttinen 2008, 58; Mattila 2005.)

Pitkäaikaissairaalla lapsella tarkoitamme tässä opinnäytetyössä alle 16-vuotiasta lasta tai nuorta, jolla on diagnosoitu somaattinen pitkäaikaissairaus. Ottaen huomioon lasten pitkäaikaissairauksien yleisyyden olemme rajanneet opinnäytetyön tutkimuksen kohteeksi ainoastaan somaattiset lasten ja nuorten pitkäaikaissairaudet ja jättäneet opinnäytetyön ulkopuolelle esimerkiksi lasten psykiatriset ja neurologiset pitkäaikaissairaudet.

Tulevaisuudessa yhteiskunnan resurssit eivät riitä hoitamaan yhä sairaampia ihmisiä sairaalassa ja siksi potilaita tullaan hoitamaan kotona. Perheen osuus hoitotyössä tulee lisääntymään. Hoitotyössä perhe katsotaan voimavaraksi, jota ei saa jättää käyttämättä. (Coleman 2002, 88.) Hoidon siirtyessä organisaatiosta toiseen on pystyttävä turvaamaan hyvä tiedonkulku hoitavien tahojen kesken. Pitkäaikaissairaalan lapsen hoidossa tulee huomioida lapsen turvallisuus ja hoidon jatkuvuus sekä kotona että terveydenhuollon eri yksiköissä. (Muurinen & Surakko 2001, 13.)

Terveydenhoitajina tulemme kohtaamaan ja hoitamaan pitkäaikaissairaita lapsia, jolloin meillä tulee olla taitoja ja keinoja tukea perhettä sairauden keskellä. Toimin-

taamme tarvitaan eri ammattiryhmien ja organisaatioiden toimivaa ja saumatonta yhteistyötä. Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä yhteistyötä pitkäaikaissairaalan lapsen ja hänen perheensä hoidossa. Tavoitteena on selvittää hoitohenkilökunnan kokemusten kautta, kuinka yhteistyö toimii tilanteessa, jossa somaattisesti pitkäaikaissairas lapsi siirtyy kotikunnasta erikoissairaanhoidon tai päinvastoin. Opinnäytetyössä organisaatiolla tarkoitetaan perusterveydenhuoltoa ja erikoissairaanhoidtoa ja hoitohenkilökunnalla haastateluun osallistuvia sairaan- ja terveydenhoitajia, lastenhoitajia sekä lääkäreitä ja sihteeritä.

Opinnäytetyö on osa TYKES:n rahoittamaa ja Jyväskylän ammattikorkeakoulun hallinnoimaa Perheen parhaaksi yhteistyöllä – projektia. Projektissa ovat mukana Keski-Suomen sairaanhoitopiirin lastenyksiköt, Perusturvaliikelaitos Saarikan seudun terveydenhuollon kuntayhtymä, Keski-Suomen ADHD- yhdistys sekä Mannerheimin lastensuojeluliiton Karstulan yhdistys. Projektin tavoitteena on luoda perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välille yhteistyömalli, joka on edistämässä perheen hyvinvointia somaattisesti pitkäaikaissairaalan lapsen kotiutuessa sairaalasta tai päinvastoin.

Opinnäytetyön kirjallisuuskatsaukseen haettiin tietoa eri tietokannoista, muun muassa Medic, CINAHL, PubMed, Linda ja Aleksi. Hakusanoina käytimme esimerkiksi sanoja yhteistyö, perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoidto, pitkäaikaissairaus, perhehoitotyö ja lapsi. Aikaisempia tutkimuksia yhteistyöstä eri organisaatioiden välillä löytyi muutamia, mutta tutkimuksia yhteistyöstä pitkäaikaissairaiden lasten hoidossa löytyi vähän.

2 YHTEISTYÖ PERUSTERVEYDENHUOLLON JA ERIKOISSAIRAANHOIDON VÄLILLÄ

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä on tutkittu useimmiten erilaisten tautiryhmien tai osaston hoitoon liittyvien työnjakojen ja hoitoketjujen kehittämisen näkökulmasta. Pitkälä (2006) mainitsee yhteistyötä edistävinä tekijöinä yhteiset tilat ja yhteisen henkilökunnan. Yhteistyöpäivystyksen toimintaympäristö velvoittaa hoitohenkilökunnan yhteistyöhön. Muina yhteistyötä edistävinä tekijöinä ovat henkilökunnan pyrkimys yhteistyöhön, toimiva keskusteluyhteys, yhteiset tapaamiset ja sovitut tiedonvälitysmenetelmät. (Pitkälä 2006, 67–68.)

Hintsalan (2001) mukaan henkilökunta kykenee tiedostamaan yhteistyön hyvät elementit. Käytännössä ne eivät kuitenkaan toteudu toivotulla tavalla. Yhteistyö koettiin enemmän informaation vaihdoksi ja palveluiden käyttäjien eteenpäin lähettämiseksi kuin yhdessä toimimiseksi. Yhteistyö konkretisoitui usein vastapuolen konsultointiin ongelmallisissa tilanteissa. Käytännössä yhteistyön ongelmat näkyvät työssä kiireenä ja tiedonkulun vajavaisuutena. Kiire erikoissairaanhoidossa heijastuu myös perusterveydenhuoltoon. Yhteistyön ongelmien ajateltiin aiheutuvan johtamisesta: asioiden priorisointia ei toteutettu. (Hintsala 2001, 89- 90, 99.)

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön toteutumisen parantamiseksi pohditaan hoitohenkilökunnan tutustumista toisten työhön ja hoitokäytäntöihin. Uskotaan, että yhteistyötä voidaan kehittää myös hoitoneuvotteluilla, joissa käsitellään yksittäisen potilaan hoitoa. Hälyttävänä kehityksenä pidetään tilannetta, jossa erikoissairaanhoidosta lähetetään hoidollisesti vaativia potilaita perusterveydenhuoltoon. Pyykkösen (2001) tutkimuksessa ilmeni huoli, riittääkö silloin henkilökunnan määrä ja ammattitaito sekä onko välineistö ajan tasalla. Tutkimukseen osallistuneet kokivat tarvitsevansa lisää koulutusta erikoissairaanhoidosta siirrettäessä vaikeahoitoisempia ja sairaampia potilaita perusterveydenhuoltoon. (Pyykkönen 2001, 49- 57.) Henkilökunnan määrän lisäksi on tärkeää huolehtia alueellisen yhteistyön kehittämisestä toimivammaksi (Mattila 2005).

Keskitalo (2002) nostaa tutkimuksessaan yhteistyön tavoitteeksi mahdollisimman korkeatasoisen hoidon alueen väestölle, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluiden säilymisen turvaamisen sekä palveluiden saatavuuden joustavasti ja tehokkaasti. (Keskitalo 2002, 69–70.) Yhteistyön tavoitteiden lisäksi kehittämishaasteina organisaatioiden välillä ovat työntekijöiden jaksaminen ja ammattitaidosta huolehtiminen sekä uudenlaisten toimintamallien kehittäminen vanhojen tilalle (Mattila 2005).

2.1 Mitä yhteistyö on?

Yhteistyö on yhdessä toimimista yhteisillä tavoitteilla ja ongelmanratkaisua yhdessä toimien. Yhteistyön pyrkimyksenä on tunnistaa ja saavuttaa tavoitteet sekä saada tulokset yhteiseen käyttöön. Yhteisten tavoitteiden lisäksi sosiaaliset suhteet ja vuorovaikutus ovat tärkeitä yhteistyötä määriteltäessä. (Isoherranen, Rekola & Nurminen 2008, 26- 28.) Yhteistyössä korostuvat vastuun selkeys sekä sitoutuminen yhteisesti sovittuihin asioihin (Hintsala 2001, 101). Sosiaali- ja terveysalalla yhteistyön merkitys korostuu eri organisaatioiden toimiessa yhdessä, jolloin yhteisellä avoimella dialogilla on suuri merkitys potilaan hoidossa. Dialogin sekä yhteisen merkityksen puuttuminen voi aiheuttaa ongelmia hoidon jatkuvuudessa sekä kokonaisuuden saavuttamisessa. (Isoherranen ym. 2008, 32.)

Moniammatillisesta yhteistyöstä voidaan puhua perusterveydenhuollon ja erikoissairanhoidon toimiessa yhdessä. Moniammatillinen yhteistyö on eri ammattia edustavien henkilöiden yhteistä työtä, jolla pyritään hyvään hoitoon sekä toteuttamaan yhteinen vastuu yhteistyössä potilaan ja hänen omaistensa kanssa. (Saranto, Ensio, Tantt & Sonninen 2007, 128; Isoherranen ym. 2008, 33- 35.) Lapsen ja hänen perheensä kokonaisvaltaisen hoidon takaamiseksi on panostettava entistä enemmän moniammatilliseen työskentelyyn. Käsitteenä moniammatillisuus on jaettua asiantuntijuutta. Jaetussa asiantuntijuudessa jaetaan tietoa, suunnitelmia sekä tavoitteita unohtamatta voimavarojen merkitystä. (Aaltonen, Ojanen, Siven, Vihunen & Vilen 2005, 71.)

Yhteistyötä toteutettaessa hoitotyön ammattilaisten tiedot ja taidot kootaan yhteen, jolloin kaikkien hoitoon osallistuvien on mahdollisuus vaikuttaa keskusteluun ja päätöksentekoon tuomalla esille omat näkökulmat ja osaamisen taidot (Isoherranen ym. 2008, 33- 35). Keskustelussa asiakkaan tilannetta on mahdollisuus pohtia yhdessä, kukin oman ammattiosaamisen kautta sekä vastuuta jakaen (Aaltonen ym. 2005, 71).

2.2 Yhteistyötä helpottavat käytänteet

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työtahot ovat kytköksissä toisiinsa työvälineiden, sääntöjen ja työnjaon välityksellä (Saaren- Seppälä 2004, 10, 30). Ammatillinen tieto, sairauskertomus ja lähete ovat keskeisiä yhteistoiminnan työvälineitä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Ammatillinen tieto tarkoittaa henkilökunnan yhteistä lääke- ja hoitotieteellistä sanastoa ja oppijärjestelmää. Sairauskertomus on työväline, jonka avulla hoitotyön ammattilaiset muodostavat käsityksen potilaan hoitohistoriasta. (Saaren-Seppälä 2004, 30- 31.)

Työvälineiden käyttö edellyttää yhteistyön sääntöjen ja rutiinien tuntemista. Terveysterveysdenhuollon organisaatioiden väliset säännöt voivat olla osittain yhteisiä. Lisäksi erikoissairaanhoidolla ja perusterveydenhuollolla voi olla omia toimintaan liittyviä erityisiä sääntöjä. Yhteistyötä ohjaavat säännöt voivat olla kirjoitettuja tai kirjoittamattomia. Kirjoitettuja sääntöjä terveydenhuollossa ovat mm. erilaiset lait ja asetukset, sopimukset työnjaosta sekä muut organisaatioiden väliset sopimukset. Kirjoittamattomat säännöt ovat hoitohenkilökunnan toimintatapoja, jotka tulevat usein näkyviksi myös ulkopuolisille. Kirjoittamattomat säännöt mahdollistavat sen, ettei toisessa organisaatiossa työskentelevä toimija välttämättä tiedä noudattaako toisen organisaation kollega virallista terveydenhuoltojärjestelmän normistoa. (Saaren-Seppälä 2004, 31- 32.) Hoitoon osallistuvien kesken sovitut yhteiset pelisäännöt ovat välttämättömiä vastuukysymysten selkiyttämiseksi (Saranto ym. 2007, 129).

Hoitokertomus on potilaan hoitoon osallistuvien ammattiryhmien yhteinen työväline. Valtakunnallisesti yhtenäinen sairaskertomusjärjestelmä antaa hyvän pohjan yhtenäiselle potilaskertomukselle. Kertomuksessa tulee näkyä moniammatillinen jatku-

va ja saumaton yhteistyö. Yhteinen hoitokertomusjärjestelmä tukee potilaslähtöistä hoitoa, moniammatillista yhteistyötä ja turvaa hoidon jatkuvuutta. (Saranto ym. 2007, 112, 128.) Hoitokertomuksen avulla välittyy eri ammattiryhmien välinen tieto, joka on tukemassa potilasta koskevassa päätöksenteossa. Ennen yhtenäistä potilaskertomusjärjestelmää ovat terveydenhuollon eri ammattikunnat tehneet merkintänsä eri lomakkeisiin, jolloin eri ammattiryhmien edustajat eivät ole välttämättä tiedenneet, mitä toinen tekee tai mitä potilaasta on kirjattu. Seurauksena on ollut päällekkäistä kirjaamista, eivätkä potilaskertomustiedot ole muodostaneet moniammatillista kokonaisuutta. (Saranto ym. 2007, 97, 128.)

Perusterveydenhuollossa yhteistyön esteenä pidetään tietojärjestelmää. Estäväksi tekijäksi koetaan myös perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon väliset erot. Pitkälän (2006) tutkimukseen osallistuneet perusterveydenhuollon edustajat kokevat olevansa altavastaajan asemassa ja vallan kuuluvan erikoissairaanhoidolle. Yhteistyötä estäväksi tekijäksi nähdään myös perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yli sata kilometriä ylittävä välimatka, terveystieteiden työaika sekä sovittujen tehtävien laiminlyönti. (Pitkälä 2006, 66–67.)

2.3 Tiedonkulku yhteistyössä

Tiedonkulku vaikuttaa sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon työhön lisäämällä hoidon jatkuvuutta ja parantamalla hoidon turvallista toteutusta. Saaren-Seppälä (2004) on tutkimuksessaan todennut, että asiakkaiden mielestä tiedonkulku terveydenhuollon organisaatioiden välillä on puutteellista. Yhteistyössä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kesken tiedonkulku on perustunut lähetekäytäntöön ja potilaan kautta tapahtuvaksi. Läheteprosessissa potilaan oletetaan sairastuessaan ottavan yhteyttä ensin perusterveydenhuoltoon, josta omalääkäri tarvittaessa lähettää potilaan erikoissairaanhoidon käynnistä tulee palaute lähettäneelle lääkärille sekä potilaalle. Potilas voi ohjautua erikoissairaanhoidon myös oma-aloitteisesti päivystyksen kautta, konsultaationa muualta erikoissairaanhoidosta tai koululääkärin tai yksityislääkärin lähettämänä. Näin ollen perusterveydenhuollon omalääkäri voi jäädä ilman tietoa potilasta koskevasta hoidosta, jos asiaa

ei ole erikseen ohjeistettu. Lähetteeseen vastaamisen käytännöt ja säännökset ovat organisaatioissa ja yksiköissä vaihtelevat. (Saaren- Seppälä 2004, 30- 31, 88, 98, 100.)

Tiedon vaihtaminen on keskeinen asia hoitavan henkilön ja perheen välisessä kanssakäymisessä. Tieto auttaa perheeseen kuuluvia jäsentämään ja ymmärtämään hoidossa olevan perheenjäsenen tilannetta ja omaa rooliaan hoidossa. (Åstedt- Kurki ym. 2008, 130.) Tiedon välittymisessä hoitohenkilökunnan ei tule luottaa siihen, että tieto siirtyy potilaan välityksellä toiselle hoitavalle taholle; varsinkaan, jos asiasta ei ole potilaan kanssa keskusteltu. Saaren- Seppälän (2004) tutkimuksen mukaan vanhempien osuus tiedonvälityksessä oli vähäistä mm. sen vuoksi, että vanhemmat luulivat tiedon välittyvän automaattisesti, kun he olivat antaneet luvan tietojen siirtämiseen. (Saaren- Seppälä 2004, 100.) Hoitajan tehtävä on varmistaa potilaan suostumus tietojen luovuttamiseen (Åstedt- Kurki ym. 2008,130).

Perusterveydenhuollon lääkärin lähettäessä potilaan erikoissairaanhoidon hänen tulee konsultoida erikoissairaanhoidoa. Tällöin potilaan hoidon ja ohjauksen jatkaminen varmentuu. Perusterveydenhuollon lääkäri ohjaa potilaan erikoissairaanhoidon tekemällä lähetteen potilaan sairauden tai ongelman osalta ja siirtää tällöin oman hoitovastuunsa erikoissairaanhoidon. Lähetettä ei vaadita kun kyseessä on kiireellinen sairastapaus. Kun potilas ei enää tarvitse erikoissairanhoidon palveluita, hän siirtyy takaisin perusterveydenhuollon palveluihin ohjeiden kanssa. (Mattila 2005.)

Perusterveydenhuollon ja erikoissairanhoidon välisessä tiedonkulussa on havaittu puutteita, jotka aiheuttavat työnjaossa tulkinnanvaraisuutta, epävarmuutta sekä epäselvyyttä (Pyykkönen 2001, 52). Tiedonkulun toimivuuden ongelmana pidetään vaihteluvollisuutta, mikä vaikeuttaa kokonaisnäkemyksen luomista asiakkaan hoidosta. Usein tarvittavat potilaan tiedot joudutaan pyytämään, ne tulevat myöhässä tai tietoja ei saada ollenkaan. (Hintsala 2001, 89,101.) Aasikainen (2008) on tutkinut eri ammattiryhmien ja organisaatioiden välistä tiedonsiirtoa ja yhteistoimintaa sosi-aali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kokemana. Tutkimukseen osallistuneista yhden kolmasosan (35 %) mielestä tarvittava tieto oli oikeassa paikassa oikeaan aikaan, kahden kolmasosan (67 %) mielestä tieto kulki luotettavasti ja noin puolen (53 %) mielestä nopeasti. (Aasikainen, Mäenpää, Suominen & Maass 2008, 64.)

Pitkälän (2006) mukaan yhteistyöpäivystys on lisännyt perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä yhteistyötä. Vaikka yhteistyö organisaatioiden välillä on lisääntynyt, koetaan tiedonkulussa olevan edelleen ongelmia. Perusterveydenhuollossa koetaan tiedonkulku riittäväksi, mutta erikoissairaanhoidossa kaipaa enemmän tietoa perusterveydenhuollon toiminnassa tapahtuvista muutoksista. (Pitkälä 2006, 64–65.)

Keskitalo (2002) tuo tutkimuksessaan esille sairaskertomusten viipymisen tai häviämisen siirrettäessä potilasta jatkohoitoon, mikä aiheuttaa ylimääräistä työtä sekä perusterveydenhuollolle että erikoissairaanhoidolle. Tietojen puuttuminen osaltaan vaikeuttaa jatkohoittoa - pahimmassa tapauksessa asiakas saattaa jäädä hoidotta. Tietojen puuttumisen ongelmaan odotetaan tulevan apua yhtenäiseltä tietoverkostolta ja sairauskertomusjärjestelmältä. Näiden uudistusten toivotaan tulevaisuudessa parantavan tiedon kulkua ja poistavan päällekkäisiä toimintoja hoidossa. (Keskitalo 2002, 68–69.)

2.4 Yhteistyöhön vaikuttavat hankkeet sekä laki- ja organisaatiomuutokset

Yhteiskunnassa meneillään olevat hankkeet ja lakimuutokset tulevat lähivuosina vaikuttamaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon väliseen yhteistyöhön. Terveystieteiden organisaatioiden välistä yhteistyötä pyritään kehittämään muun muassa uuden terveydenhuoltolain myötä. Uusi terveydenhuoltolaki yhdistää nykyisen kansanterveys- ja erikoissairaanhoidon lait. (Terveystieteidenhuolto 2008.) Uuden terveydenhuoltolain tarkoituksena on edistää palvelujen saatavuutta ja tehokasta tuottamista sekä parantaa asiakaslähtöisyyttä ja kaventaa väestön terveyseroja. Lisäksi lain tarkoituksena on luoda edellytykset toimivalle palvelurakenteelle vahvistamalla perusterveydenhuoltoa sekä edistää perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon alueellista yhteistyötä. (Paasivirta 2009.) Lakimuutos tulee eduskunnan käsiteltäväksi keväällä 2010 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009).

Organisaatioiden yhteistyöhön tulee vaikuttamaan myös perusterveydenhuollon osalta uusi neuvola-asetus, joka tuli voimaan kesällä 2009. Kunnat ovat järjestäneet neuvolapalveluja epäyhtenäisesti. Neuvoloiden toiminnat, työmuodot, henkilöstön

riittävyys ja osaaminen vaihtelevat. Sosiaali- ja terveysministeriössä valmisteltu asetus on kunnille uusi ohjeistus, jonka tavoitteena on kunnallisten palvelujen yhdenmukainen ja tasavertainen toteuttaminen koko maassa. Asetuksen myötä kunnan kansanterveystyöstä vastaavan viranomaisen tulee yhtenäistää neuvolatyön, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon sekä suunterveydenhuollon toimintaohjelmat yhdessä sosiaali- ja opetustoimen kanssa. (Suomen Terveystenhoitajaliitto ry.)

Valtioneuvoston keväällä 2005 käynnistämällä Paras - hankkeella pyritään uudistamaan kunta- ja palvelurakenteita. Hankkeen toteutumista ohjaava puitelaki tuli voimaan 2007 ja se velvoittaa kaikkia kuntia jättämään suunnitelmat kuntarakenteiden uudistamisesta ja palveluiden järjestämisestä. Lisäksi kaupunkiseutujen tulee laatia suunnitelmat seudullisen yhteistyön lisäämisestä. (Hagerlund 2009.) Kunta- ja palvelurakenteiden uudistuksien voidaan odottaa vaikuttavan tulevaisuudessa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon väliseen yhteistyöhön.

Nykyään lääkäreiden erilaisia työtehtäviä siirretään yhä enemmän sairaanhoitajille, terveydenhoitajille ja kättilöille. Työnjaon kehitys liittyy suurimmaksi osaksi perusterveydenhuollossa toteutettavaan hoitajan vastaanottotyöhön. Laajennettavia hoitajien työtehtäviä ovat esimerkiksi hoidon tarpeen arviointi äkillisissä terveysongelmissa, pitkäaikaissairaiden ohjaus ja seuranta sekä perhelähtöinen hoitotyö. (Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa 2005, 31- 34.)

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon väliseen yhteistyöhön ovat vaikuttamassa erilaiset uudistukset ja tiimityöt. Asetus rajatusta sairaanhoitajien lääkkeenmääräämisoikeudesta on valmisteluvaiheessa ja sen on tarkoitus tulla voimaan syksyllä 2010. Uudistus koskee julkista perusterveydenhuoltoa ja kohdistuu lähinnä terveyskeskuksen päivystysvastaanotolla ja ajanvarausvastaanotolla työskenteleviin sairaanhoitajiin. Hoitotyöntekijältä edellytetään riittävää työkokemusta sekä lisäkoulutusta voidakseen määrätä reseptilääkkeitä. Rajattu lääkkeenmääräämisoikeus edellyttää, että terveyskeskuksessa on kirjalliset hoito-ohjeet, työntekijä voi käyttää kansallisia hoitosuosituksia sekä tarvittaessa mahdollisuus konsultoida lääkäriä. Uudistuksen myötä säästyisi sekä hoitotyöntekijän että lääkärin työaika. Tiimin työ tulisi sujuvammaksi, vastuukysymykset selkiytyisivät, potilaan odotusaika lyhenisi ja hoi-

don aloittaminen nopeutuisi. (Lehtomäki & Kemppainen 2009.)

3 YHTEISTYÖ PITKÄAIKAISSAIRAAN LAPSEN JA HÄNEN PERHEENSÄ HOIDOSSA

3.1 Perheen määrittelyä

Perinteisesti perhe on määritelty isän, äidin sekä lasten muodostamaksi kokonaisuudeksi. Tällöin puhutaan niin sanotusta ydinperheestä. Tilastokeskuksessa määritellään perhe sen rakenteen avulla. Perhe muodostuu avio- tai avoliitossa olevista vanhemmista ja heidän lapsistaan tai yhdestä vanhemmasta ja lapsista tai avioparista tai avoparista, joiden luona ei vakituisesti asu lapsia. Perhe koostuu vain yhdessä asuvista ihmisistä. Lapsiperheiksi luetaan perheet, joissa kotona asuu vähintään yksi alle 18-vuotias lapsi. (Perheen määritelmä 2008.)

Perhe voi määrittyä emotionaalisin perustein, jolloin henkisesti tärkeä ja läheinen ihminen voi olla ystävä tai naapuri. Perheen hoitamisessa ja perheiden tutkimisessa pidetään tärkeänä sitä, että asianomaiset itse määrittävät perheensä ja siihen kuuluvat jäsenet. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 11- 12.) Perheen määrittely on sidoksissa yhteiskunnalliseen muutokseen sekä kulttuuriin. Perhe siis elää ja sen rakenteissa tapahtuu muutoksia. (Paunonen & Vehviläinen - Julkunen. 1999, 15.) Nykyään on vaikeaa yksiselitteisesti määritellä perhettä. Maahanmuuttajat eri kulttuureista sekä avioerot ja uusperheet ovat monipuolistaneet suomalaista käsitystä perheestä ja vanhemmuudesta. Myös lasten ja vanhempien ajatukset perheen määritelmästä voivat erota toisistaan paljonkin. Tärkeintä perheen määrittelyssä on muistaa, että jokaisella on oikeus määritellä itse perheensä sekä valita tärkeimpien ihmisten osallistuminen elämäänsä koskeviin asioihin. (Koistinen, Ruuskanen & Surakka 2005, 17.) Perheelle kuuluvat edelleen keskeiset tehtävät: suvun jatkaminen, lasten kasvatus ja sosialisatio ja perheenjäsenten tunne-elämän säätely. Eräät perheen aikaisemmat

tehtävät, kuten lasten koulutus, vanhustenhuolto sekä terveyden- ja sairaanhoito ovat muutoksen myötä siirtyneet osittain yhteiskunnalle. (Paunonen & Vehviläinen - Julkunen. 1999, 15.)

3.2 Perheessä pitkäaikaissairas lapsi

Pitkäaikaissairaudella tarkoitetaan sairautta tai toimintahäiriötä, joka kestää vähintään kuusi kuukautta ja aiheuttaa jatkuvan tai ajoittaisen hoidon tai lääkinnän tarpeen (Ivanoff, Risku, Kitinoja, Vuori & Palo, 2006, 96- 97). Joistakin pitkäaikaissairauksista lapsen on mahdollisuus parantua kokonaan tai hänellä on mahdollisuus elää kohtalaisen normaalia elämää. Eräiden pitkäaikaissairauksien kohdalla lapsi on lopun elämää erilainen tai sairaus on parantumaton ja lapsi kuolee. (Kantero, Levo & Österlund 2000, 134.) Suomalaisista lapsista yli 20 %:lla on ainakin yksi pitkäaikaissairaus. Pitkäaikaissairaudet ovat noin 30 % yleisempiä pojilla kuin tytöillä (Rajantie & Perheentupa 2005, 299–300).

Useimmiten lapsen hoitoon osallistuvat eniten lapsen omat vanhemmat. Perheenjäsenet ovat suuressa roolissa määritettäessä sitä, toimitaanko kotona hoitohenkilökunnan antamien ohjeiden mukaan vai jätetäänkö ne huomiotta. Hoitajilla on tärkeä rooli auttaa perhettä sovittamaan ja uudistamaan pitkäaikaissairaalla lapsen hoitamiseen vaadittavat rutiinit jokapäiväiseen perhe-elämään. (Hanson ym. 2005, 139, 310.) Sairauden vaikutukset perheeseen riippuvat sairastuneen iästä, sukupuolesta, perheen selviytymiskeinoista, sairauden oireista ja uskomuksista. Suuri merkitys perheen suhtautumisessa sairauteen on ulkopuolelta saadulla tuella. Merkittävää pitkäaikaisen sairauden hyväksymisen kannalta ovat sairauden vaatimusten ja apukeinojen ja tuen välinen tasapaino. (Hanson ym. 2005, 414.)

Allergiset sairaudet, neurologisen kehityksen erityisvaikeudet sekä mielenterveyden häiriöt ovat tavallisimpia lasten pitkäaikaissairauksia. Harvinaisempia ovat kehitysvammat, aisti- ja liikuntavammat, diabetes sekä syöpä. (Opas työntekijöille 2004, 216.) Vuodesta 1970 lähtien lasten pitkäaikaissairaudet kuten astma allergiat, laktosi-intoleranssi sekä diabetes, ovat lisääntyneet (Rajantie & Perheentupa 2005, 305).

Lapsen hoidon tukea voi saada alle 16-vuotiaasta lapsesta, jonka sairaus, vika tai vamma aiheuttaa vähintään kuuden kuukauden ajan suurempaa rasitusta hoidossa, huolenpidossa ja kuntoutuksessa verraten saman ikäiseen terveeseen lapseen (Sairaudet ja kuntoutus 2009). Vuonna 2008 lapsen vammaistukea sai 34 500 alle 16-vuotiasta (Kansaneläkelaitos 2009).

Lapsen kuukausia tai koko eliniän jatkuva pitkäaikainen sairaus muuttaa koko perheen elämää ja toimintaa. Lapsen sairastuminen ja sairaalaan joutuminen koettelee perheen voimavaroja. Etenkin pitkäaikaissairauden diagnosointi- ja toteamisvaihe ovat raskasta ja vaikeaa aikaa perheelle. Sairaudesta aiheutuu muun muassa rajoituksia, muutoksia päivittäiseen elämään, uusia järjestelyitä ja riippuvuus mahdollisista toistuvista hoidoista, mitkä muuttavat lapsen ja koko perheen sosiaalista ja emotionaalista tilannetta. Usein lapsen äkillinen sairastuminen aiheuttaa sokkireaktion vanhemmissa ja koko perheessä. (Åstedt- Kurki ym. 2008, 43- 45.)

Perheenjäsenen sairastuminen saattaa aiheuttaa koko perhejärjestelmän uudelleen muotoutumisen, jolloin eri perheenjäsenet hakevat uudelleen oman roolinsa ja asemansa perheessä. Perheen toiminta- ja vuorovaikutustavat sekä perheenjäsenten ja ympäristön suhtautuminen lapsen sairauteen vaikuttavat yksilön ja perheen sopeutumiseen, sairaudesta aiheutuvan stressin hallintaan sekä selviytymiseen. Perheen mahdollinen sosiaalisten suhteiden vähentyminen aiheuttaa eristäytymistä ja yksinäisyyttä perheessä. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 15, 44- 45.) Perheen yhteydenpito ystävien ja sukulaisten kanssa kapenee, sitä vastoin yhteydenotot viranomaisiin ja asiantuntijoihin lisääntyvät (Streng 2002, 38).

Pitkäaikaissairaana lapsen palveluverkostossa on kolme vastuuta ottavaa tahoa: lapsen vanhemmat, sairaalan erikoislääkäri ja hoitava sairaanhoitaja sekä perusterveydenhuollon omalääkäri ja terveydenhoitaja. Pitkäaikaisesti sairastuneen lapsen vanhemmat kantavat vastuuta lapsen sairauden kotihoidosta. Lääkäri on sairaalassa vastuussa antamastaan hoidosta ja hoitotapahtuman loppuun viemisestä sekä potilaan ja hänen perheensä informoisesta. Lääkäri vie hoidon loppuun tai ilmoittaa vastuun siirtämisestä toiselle lääkärille. Lääkäri ilmoittaa vastuun siirtymisestä potilaalle ja perheelle. Kunnallisessa terveydenhuollossa lapsi ja hänen vanhempansa eivät voi

valita lapsen hoitoverkostoa tai vaikuttaa siihen, millaiseksi siinä toimivien ammattilaisten keskinäiset suhteet muodostuvat. (Saaren-Seppälä 2004, 106–107, 113, 121.)

3.3 Perhehoitotyö

Perheenjäsenten kohtaamisesta ja hoitamisesta asiakaskontaktin tai potilaan hoidon yhteydessä käytetään ilmaisua perhehoitotyö. Perhehoitotyöllä tarkoitetaan koko perheen hoitamista, potilaan läheisten mukanaoloa ja huomioon ottamista hoidossa sekä potilaan ymmärtämistä osaksi lähiyhteisöään. Hoitavan henkilön ja perheen välisen yhteistyösuhteen onnistumiseen vaikuttavat molemmat osapuolet. Ratkaisevia tekijöitä ovat vuorovaikutuksen sisältö ja sävy. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 8, 74.) Hyvän vuorovaikutussuhteen luomiseksi on hoitajan tärkeää kiinnittää huomiota non-verbaaliin viestintään, katsekontaktin luomiseen ja kuuntelutaitojen kehittämiseen vanhempia kohdatessaan (Smith 2002, 127). Parhaiten perhehoitotyötä oppii toteuttamaan työskentelemällä perheiden kanssa (Ford 2002, 135).

Kun lapsi joutuu sairaalaan, vanhemmat saattavat tuntea olonsa hämmentyneiksi uudessa, kenties odottamattomassakin elämäntilanteessa. Vanhemmat ovat kotona lapsen ensisijaisia hoitajia, mutta sairaalassa sairaanhoitajat tuovat hoitoon oman panoksensa. Hoitajien on hyvä ymmärtää perheen merkitys lapsen hoidossa ja parantumisessa. (Hanson ym. 2005, 310, 312.) Lisäksi on hyvä ottaa huomioon, että vanhemmat saattavat jossain hoidon vaiheessa kaivata taukoa lapsen hoitamisessa. Vanhempien voimavarojen tarkkailu vaatii herkkyyttä tunnistaa, missä määrin vanhemmat jaksavat lapsen perushoitoon osallistua sairaalajaksoilla. (Smith 2002, 98.) Perheenjäsenillä on hyvin paljon vaikutusta toistensa elämiin. Pitkäaikaissairasta lasta hoidettaessa hoitotyöntekijän tulisi ottaa huomioon perheenjäsenet niin, että se, joka tukea ja neuvoa tarvitsee, tulisi kuulluksi ja autetuksi. Hoitajan tavoitteena on tukea perhettä niin, että perheenjäsenet löytäisivät omia voimavaroja haastavissa tilanteissa toimimiseksi ja niiden ehkäisemiseksi. Perheen tarpeista riippuen hoitaja voi omaksua erilaisia rooleja; hoitaja voi toimia ohjaajana, roolimallina, neuvonantajana tai muissa rooleissa mukautuen perheen sen hetkiseen tilanteeseen. (Hanson ym. 2005, 11, 16, 396.)

Perheen hoitamisesta ei ole olemassa omaa lainsäädäntöä, mutta laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) ohjeistaa osaltaan hoitohenkilökunnan toimimista perheen kanssa. Hoitavan henkilön ammattieettisten ohjeiden mukaan hoitajalla on eettinen velvollisuus ottaa perhe huomioon sen jäsenen ollessa hoidettavana eri terveydenhuollon organisaatioissa. Hoitavan henkilön tulee myös toimia yhteistyössä potilaan perheen tai muun läheisen kanssa ja vahvistaa perheen osallistumista potilaan hoitoon. (Åstedt- Kurki ym. 2008, 124.)

Potilaslaissa (785/1992) potilaan perheestä käytetään käsitteitä potilaan lähiomainen, muu läheinen henkilö tai potilaan laillinen edustaja. Perheellä on oma paikkansa ja tehtävänsä potilaan hoidossa. Perheen osallistuminen hoitoon ei ole itsestäänselvyys, vaan perustuu perheenjäsenen tahtoon ja osallistumismahdollisuuksiin. (Åstedt- Kurki ym. 2008, 124.) Potilas on ensisijainen määrittämään oman lähiomaisensa ja läheisensä osallisuuden hoidossaan. Potilaslaki (785/1992) määrittää perheen osuuden päätöksenteossa. Sen mukaan potilaan tahto tulee selvittää hänen perheeltään, jos potilas ei eri syistä johtuen voi tuoda esiin omaa mielipidettään hoitonsuhteen. Perheen osallistuminen hoidolliseen päätöksentekoon edellyttää, että perheellä on riittävästi tietoa potilaan terveydentilasta. (Åstedt- Kurki ym. 2008, 124–125, 130.) Hyvän hoitosuhteen luomiseksi on otettava huomioon perheen taustaa ja toivomuksia. Etenkin vieraista kulttuureista tullessiin perheisiin on hyvä tutustua henkilökohtaisesti. (Hanson ym. 2005, 462.) Mitä enemmän perheellä on tietoa, sitä paremmin he pystyvät osallistumaan ja tekemään päätöksiä lapsen hoitoon liittyvissä asioissa. Tietojen jakaminen lapsen terveydentilasta perheen kanssa auttaa myös perheen muita jäseniä sopeutumaan uuteen elämäntilanteeseen. (Smith 2002, 101–102.)

Perhehoitotyön menetelmät ilmenevät käytännössä monin eri tavoin riippuen siitä, onko mielenkiinnon kohteena yksittäinen tai useampi perheenjäsen vai koko perhe. Kaikissa näissä yhteistyön muodoissa on tärkeää kunnioittava kohtelu ja perheenjäsenen tai perheen hoitoon osallistuminen sen hetkisten voimavarojen ja tarpeiden mukaan. Hoitamisen menetelmät sisältävät myös tietoa, opastusta ja neuvoja perheen tilanteesta riippuen. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 73.)

Lehdon (2004) mukaan vanhempien mukana olo sairaalassa tarkoittaa sitä, että lasta hoidetaan yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa. Vanhempien ja hoitohenkilökunnan väliseen yhteistyöhön kuului tiedottamista ja tiedonvälitystä, luottamusta, yhdessä-oloa sekä vastuuta lapsen hoidosta. Yhteistyön onnistumisen edellytyksenä pidettiin lapsen ja perheen toimintamallien ja vuorovaikutussuhteiden tunnistamista. (Lehto 2004, 90- 92.) Vanhempien mukana olo lapsen hoitamisessa sairaalassa mahdollistaa kokonaisvastuun säilymisen vanhemmilla lapsen sairaudesta huolimatta. Perhehoitotyössä vanhemmat otetaan mukaan lapsen hoidon suunnitteluun, hoitamiseen ja arviointiin. Vanhempien kanssa käydyt keskustelut ja ohjaustilanteet ovat perhehoitotyössä keskeisiä hoitotyön auttamismenetelmiä. Perheen osallistuessa lapsen hoitamiseen saadaan tietoja lapsesta ja perheestä enemmän kuin yhdeltä perheenjäseneltä. Perheen osallistuessa päätöksentekoon mahdollistuu myös lapsen osallistuminen päätöksentekoon oman ikänsä ja kehitysvaiheensa mukaan. (Åstedt- Kurki ym. 2008, 114.)

3.4 Yhteistyö perusterveydenhuollossa

Perusterveydenhuolto nähdään terveydenhuoltojärjestelmän ytimenä. Pyykkösen (2001) mukaan perusterveydenhuollon työ on ihmisen kokonaisuuden hoitamista. Tärkeänä työtehtävänä pidetään sairauksien ennaltaehkäisyä. Tarpeen vaatiessa palveluita on mahdollisuus tarjota ulkopaikkakuntalaisillekin. (Pyykkönen 2001, 48.) Erikoissairaanhoitolain mukaan terveystieteiden keskuksessa tulee hoitaa henkilöitä, joiden sairaus tai oire pystytään siellä hoitamaan. Henkilö tulee aina ohjata omaan terveystieteiden keskukseseen jatkohoitoon. Lisäksi tulee antaa tarpeelliset ja selkeät hoito-ohjeet. (L 17.10.2004/856.)

Perusterveydenhuollon terveystieteiden keskuksien tehtävänä on hoitaa oman kunnan väestö. Terveystietokeskus voi olla kunnan oma tai se voi olla useamman kunnan yhteinen. Useat kunnat ostavat terveystietokeskuspalveluita yksityisten palveluiden tuottajilta. (Terveystietehuolto 2008.) Perusterveydenhuoltoon kuuluvat muun muassa terveystietokeskukset, yksityiset lääkäriasemat sekä työterveyshuolto (Mattiila 2005).

Erityisen potilasryhmän terveydenhuollossa muodostavat lapset. Juridisesti heitä edustaa aikuinen huoltaja. (Saaren- Seppälä 2004, 16.) Perusterveydenhuoltoon kuuluvalla lastenneuvolalla on suuri merkitys huolehtia pitkäaikaisesti sairaan, paljon sairastavan ja vammaisen lapsen sekä hänen perheensä terveyttä edistävästä ja ehkäisevistä neuvolapalveluista. Neuvolassa on tärkeää hahmottaa, mitä pitkäaikaissairaus merkitsee perheen elämälle ja selviytymiselle sekä minkälaista tukea ja palvelua perhe tarvitsee tukiessaan lapsen kokonaisvaltaista terveyttä ja hyvinvointia. (Opas työntekijöille 2004, 216.)

Lastenneuvolan tehtävänä on ohjata pitkäaikaisesti sairas lapsi ja hänen perheensä hoitoon tai jatkotutkimuksiin esimerkiksi erikoissairaanhoitoon. Perusterveydenhuollon tehtävänä on perehtyä lapsen sairauteen ja hoidon kokonaisuuteen sekä huolehtia palveluiden jatkuvuudesta ja koordinoinnista. Kaiken tämän toteutumiseen tarvitaan yhteistyötä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Myös moniammatillisuus perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen kesken korostuu. Jos perusterveydenhuollossa ei ole ajantasaista tietoa lapsen erikoissairaanhoidosta tai palvelusuunnitelmista, haittaa se kokonaisvaltaisen hoidon jatkuvuuden toteutumista. (Opas työntekijöille 2004, 216- 217.)

Perusterveydenhuollossa vastuulääkärin tehtävä on koordinoida pitkäaikaissairaalan lapsen ja hänen perheensä hoito sekä huolehtia yhteydenpidosta erikoissairaanhoidon kanssa. Vastuulääkärinä voi toimia neuvolalääkäri tai väestövastuulääkäri. Vastuulääkäristä on informoitava erikoissairaanhoidolle. Lastenneuvolan vastaava lääkäri huolehtii lastenneuvolan yhteistyömenettelyistä sekä lasten hoitopolkujen ajantasalla pitämisestä. (Opas työntekijöille 2004, 50; Hintsala 2001, 91.)

3.5 Yhteistyö erikoissairaanhoidossa

Erikoissairaanhoito käsitteenä tarkoittaa erikoislääkäreiden johtamaa osaa terveydenhuollosta. Erikoissairaanhoidossa tutkitaan ja hoidetaan sairauksia. Lisäksi käytetään kuntouttavia toimintoja ja pyritään ennaltaehkäisevään hoitoon. Pyrkimyksenä

on, että erikoissairaanhoito on riittävää sekä korkeatasoista. (Teperi 2005.)

Kuntien tulee järjestää erikoissairaanhoidon palveluita väestölle, minkä toteutumiseksi jokaisen kunnan tulee kuulua jonkin sairaanhoitopiirin kuntayhtymään. Kuntien tulee olla erikoissairaanhoidon kanssa yhteistyössä varmistaakseen toiminnallisen kokonaisuuden, joka muodostuu kansanterveystyöstä ja erikoissairaanhoidosta. Toiminnallinen kokonaisuus voi tarkoittaa esimerkiksi toimivia hoitoketjuja, joihin on kirjattu erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välinen porrastus potilaan hoidon tarkoituksenmukaisuudesta. Yhteistyö kunnan ja sairaanhoitopiirin välillä on jatkuvaa vuoropuhelua. (Isosaari 2004, 31.)

Erikoissairaanhoidonlain mukaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tehtävänä on antaa sairaanhoitopiirin alueella oleville terveyskeskuksille erikoissairaanhoidon palveluja, joita ei kyetä tai joita ei ole tarkoituksenmukaista toteuttaa terveyskeskuksissa. Lisäksi sairaanhoitopiiri vastaa terveyskeskusten tuottamien erityispalvelujen laadun valvonnasta ja toiminnan kehittämisestä. (L 17.10.2004/856.)

Pyykkösen (2001) mukaan erikoissairaanhoitoa pidetään erikoisosaamisen keskuksena, jota perusterveydenhuolto tarvittaessa konsultoi. Erikoissairaanhoito koetaan toimenpide- ja tutkimuskeskukseksi sekä paikaksi, josta saadaan erikoisosaamista ja spesifiä tietoa. (Pyykkönen 2001, 48.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä yhteistyötä pitkäaikaissairaalan lapsen ja hänen perheensä hoidossa. Saadut tulokset edistävät osaltaan Perheen parhaaksi yhteistyöllä – projektin työstämää selkeää ja toimivaa yhteistyömallia.

Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää, kuinka perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö toimii tilanteessa, jossa somaattisesti pitkäaikaissairas lapsi ja hänen perheensä siirtyy kotipaikkakunnalta erikoissairaanhoitoon tai päinvastoin. Tavoitteena on myös saada perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hoitohenkilökunnan kokemusten kautta tietoa organisaatioiden välisestä yhteistyöstä sekä yhteistyötä edistävistä ja estävistä tekijöistä.

Tutkimustehtävät:

Miten hoitohenkilökunta kokee perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisen yhteistyön silloin, kun somaattisesti pitkäaikaisesti sairas lapsi ja hänen perheensä siirtyvät kotipaikkakunnalta erikoissairaanhoitoon tai päinvastoin?

Mitkä tekijät edistävät perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä yhteistyötä somaattisesti pitkäaikaissairaalan lapsen ja hänen perheensä hoidossa?

Mitkä tekijät estävät perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä yhteistyötä somaattisesti pitkäaikaissairaanlapsen ja hänen perheensä hoidossa?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Tutkimukseen osallistujat

Tutkimukseen osallistui Perusturvaliikelaitos Saarikan kuntayhtymän terveydenhoitajia sekä Keski-Suomen sairaanhoitopiirin lastentautien osaston ja – poliklinikan hoitohenkilökuntaa. Saarikassa on 16 terveydenhoitajaa ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirin lastentautien osastolla on 31 sairaanhoitajaa, 11 lastenhoitajaa sekä lastentautien poliklinikalla seitsemän sairaanhoitajaa ja yksi lastenhoitaja. Tutkimuksen osallistujaryhmä koostui viidestä terveydenhoitajasta, viidestä sairaanhoitajasta, kahdesta lastenhoitajasta sekä lääkäristä ja sihteeristä (N=14). Koko hoitohenkilökunnalle tarjottiin mahdollisuutta osallistua tutkimukseen. Kaikki haastateltavat lupautuivat suullisesti osallistumaan tutkimukseen ja haastatteluiden nauhoittamiseen. Haastateltavien keski-ikä oli 46,5 vuotta ja työkokemusta oli keskimäärin 19 vuotta. Tutkimukseen osallistujat olivat naisia.

5.2 Aineiston keruu

Tutkimus on laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus, joka hyvin kuvaa tutkittavaa ilmiötä tutkittavien henkilökohtaisten kokemusten mukaan tarkasteltuna. Laadullisella tutkimuksella kerätään tietoa haastateltavien omista kokemuksista. Sen pyrkimyksenä on tutkia kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti, ei pelkästään todentaa jo olemassa olevia väittämiä vaan löytää tai paljastaa tosiasioita. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161.) Laadullinen tutkimus käyttää sanoja ja lauseita, joilla pyritään ilmiön syvälliseen ymmärtämiseen. Tarkoituksena on myös ilmiön kuvaaminen sekä mielekkään tulkinnan antaminen. (Kananen 2008, 24- 25.)

Aineistonkeruu suoritettiin puolistrukturoidulla haastattelumenetelmällä. Puolistrukturoitua haastattelumenetelmää kutsutaan teemahaastatteluksi. Teemahaastattelussa edetään etukäteen valittujen teemojen sekä niihin liittyvien tarkentavien kysymysten varassa. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 47–48.) Teemat haastatteluihin luotiin opin-

näytetyön tutkimustehtävien pohjalta. Teemojen aihealueet käsittelivät perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hoitohenkilökunnan välistä yhteistyötä pitkäaikaissairaalan lapsen ja hänen perheensä hoidossa. Aineistokeruumenetelmänä haastattelu toimi hyvin muistuttaessaan vapaata keskustelua ja edetessään etukäteen suunnitellun haastattelurungon mukaisesti. Kaikille tiedonantajille esitettiin etukäteen suunnitellut kysymykset samalla tavalla ja samassa järjestyksessä edeten. Myös esitetyt välikysymykset olivat pääosin samoja.

Haastattelut toteutettiin kesä- ja elokuussa 2009. Haastattelukertoja oli yhteensä kolme, joista ensimmäinen oli esihaastattelu perusturvaliikelaitos Saarikassa. Koska haastattelusta saadut tulokset olivat tutkimuksen kannalta merkityksellisiä ja riittäviä, hyväksyttiin esihaastattelu osaksi opinnäytetyön aineistoa. Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä toteutettiin kaksi haastattelukertaa johtuen suuremmasta hoitohenkilökunnan lukumäärästä. Haastattelut suoritettiin Saarijärven terveysaseman kokoustilassa sekä Keski-Suomen sairaanhoitopiirin lastenosaston kokoushuoneessa ja -poliklinikan taukotilassa.

Ennen haastattelujen toteuttamista tehtiin yhteistyösopimukset (LIITE 1, LIITE 2) Perusturvaliikelaitos Saarikan sekä Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kanssa. Tutkimuslupaa anottiin yhteensä kahdellekymmenelle hoitohenkilökunnan jäsenelle. Yhteistyötahoja lähestyttiin yhteyshenkilöiden kautta sähköpostitse. Tutkimussuunnitelma, yhteistyösopimus sekä saatekirje (LIITE 3) lähetettiin heille postitse. Yhteyshenkilöt välittivät tarvittavan tiedon tulevasta haastattelusta hoitohenkilökunnalle. Haastattelujen ajankohdasta sovittiin yhteyshenkilöiden kanssa. Haastateltavilla oli mahdollisuus tutustua etukäteen tutkimussuunnitelmassa lähetettyyn teemahaastattelurunkoon (LIITE 4) ja miettiä vastauksia ja ajatuksia etukäteen haastattelua varten.

Yhteyshenkilöiden pyynnöstä kävimme kertomassa tulevista haastatteluista sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Käynnillä informoimme tulevan opinnäytetyön tarkoituksesta sekä haastattelujen toteutuksesta ja ajankohdista. Perusterveydenhuollossa tapasimme yhteyshenkilön, erikoissairaanhoidossa yhteyshenkilön lisäksi mukana oli lastenosaston hoitohenkilökuntaa. Ryhmähaastattelutilanne aloitettiin taustatietolomakkeiden (LIITE 5) täyttämällä. Kullekin haastatelta-

valle annettiin numero, joka kirjattiin myös täyttäjän taustatietolomakkeeseen. Ennen nauhoittamista kerrattiin haastattelun kulku. Haastatteluissa edettiin laatimamme teemahaastattelurungon (LIITE4) mukaisesti. Näin varmistimme haastattelujen sisällön samanlaiseksi kaikille haastattelukerroille. Perusterveydenhuollossa haastattelu eteni haastateltavien pyytäessä puheenvuoroaan nostamalla kätensä. Erikoissairaanhoidossa puheenvuorot jaettiin numerojärjestyksessä. Kaikissa haastatteluissa osallistuja sanoi oman numeronsa ennen puheenvuoronsa aloittamista. Näin helpotettiin litteroinnin ja analyysin tekemistä. Yksi ryhmähaastattelutilanne kesti noin 45 minuuttia. Yhdessä ryhmässä oli 4-5 henkilöä.

Opinnäytetyön tekijöiden vastuualueet haastattelutilanteessa sovittiin niin, että yksi oli vuorollaan päävastuussa haastattelun etenemisestä ja tarvittaessa toinen apuna. Kolmas opinnäytetyön tekijä keskittyi haastattelun nauhoittamiseen ja kirjaamaan oleellisia keskustelussa esiin tulevia asioita. Haastattelut jätettiin kolmeen kertaan, koska tutkimusaineisto oli saturoitunut. Saturaatiolla tarkoitetaan tilannetta, jossa tiedonantajat eivät tuota tutkimusongelman kannalta enää uutta tietoa, joten aineisto alkaa toistaa itseään (Tuomi & Sarajärvi 2009,87).

5.3 Aineiston analyysi

Tutkimuksen aineiston käsittely alkoi haastattelujen nauhoitusten purkamisella. Tulokset kirjoitettiin auki eli litteroitiin heti haastattelun jälkeen tietokoneelle haastatteluaineisto kerrallaan. Suorien lainauksien poimiminen tekstiin oli helpompaa sanataarkasti tehdystä litteroinnista. Haastattelut tulostettiin paperille, minkä jälkeen haastattelun tekijät lukivat aineiston läpi useaan kertaan. Aineistoa kertyi yhteensä 17 sivua, joissa riviväli oli 1,5 ja teksti Times New Roman -fontilla 12.

Tutkimuksessa saatu aineisto analysoitiin sisällön analyysi menetelmällä. Sisällön analyysi on menetelmä, jolla voidaan analysoida kirjoitettua ja suullista informaatiota. Lisäksi sen avulla voidaan tarkastella asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. (Janhonen & Nikkonen 2003, 21- 23.) Sisällönanalyysillä pyritään järjestämään tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja selkeässä muodossa (Tuomi

& Sarajärvi 2009, 103).

Analyysiprosessissa edettiin induktiivisesti käyttäen sisällön analyysin periaatteita. Induktiiviseen eli aineistosta lähtevään analyysiprosessin vaiheisiin kuuluvat aineiston pelkistäminen, ryhmittely sekä abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen (LIITE 6). (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5- 6.) Sisällönanalyysiprosessissa ensimmäinen tehtävä on määrittää analyysiyksikkö, joka voi olla yksittäinen sana, lause, lauseen osa tai ajatuskokonaisuus. Sen määrittämistä ohjaavat aineiston laatu ja tutkimustehtävät. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.) Analyysiyksikkönä tutkimuksessa oli ajatuskokonaisuus. Suoritimme aineiston pelkistämisen etsimällä aukikirjoitetusta aineistosta tutkimustehtävien kysymyksiä kuvaavia ilmaisuja. Tutkimustulosten kannalta oleelliset asiat alleviivattiin erivärisiä alleviivaustusseja käyttäen paperille litteroituun tekstiin. Alkuperäisistä ilmauksista muodostettiin pelkistettyjä ilmauksia, jotka listattiin ylös analyysitaulukkoon (LIITE6). Aineiston pelkistämisen jälkeen seuraava vaihe on klusterointi eli aineiston ryhmittely, jossa samaa tarkoittavat pelkistetyt ilmaukset ryhmitellään samaan kategoriaan ja nimetään kategorian sisältöä kuvaavalla nimellä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110).

Pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin alaluokiksi, joista ryhmittely eteni yläluokkiin sekä kategorioita yhdistäviin luokkiin (LIITE6). Aineiston ryhmittelyn katsotaan kuuluvan osaksi abstrahointiprosessia. Sisällön analyysin katsotaan perustuvan tulkintaan ja päättelyyn, jossa edetään tutkimusaineistosta käsitteelliseen näkemykseen tutkittavasta ilmiöstä. Sisällön analyysin viimeistä vaihetta kutsutaan abstrahoinniksi. Siinä tutkimusaineistosta erotetaan tutkimuksen kannalta oleellinen tieto, josta muodostetaan teoreettisia käsitteitä ja johtopäätöksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111–112.) Pelkistetystä ja ryhmitellystä aineistosta kirjoitettiin tulkinnat ja johtopäätökset omin sanoin. Opinnäytetyön tulokset kirjoitettiin analyysin pohjalta nousseiden pääluokkien alle. Tutkimusraporttiin mukaan otetut suorat lainaukset kirjoitettiin sellaisinaan tekstiin.

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Yhteistyön kehittämisen tarpeellisuus

Haastateltavat pohtivat omia ajatuksiaan ja kokemuksiaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisestä yhteistyöstä pitkäaikaissairaiden lasten ja heidän perheidensä hoidossa. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan kokemukset yhteistyön toimivuudesta olivat eriävät.

"Suoraa yhteistyötä ei juuri ole, että se on hyvin vähäistä." (perusterveydenhuolto)

"Miten se toteutuu niin välillä paremmin ja välillä huonommin." (erikoissairaanhoido)

Haastattelussa nousi esille, että perusterveydenhuollon terveydenhoitajat kokivat yhteistyön erikoissairaanhoidon kanssa puutteelliseksi ja teennäiseksi.

"...musta tässä on jotain niinku teennäistä." (perusterveydenhuolto)

"...me puuhastellaan täällä tätä omaa työtä ja keskussairaala sitä omaa työtä ja siitä puuttuu se yhteys." (perusterveydenhuolto)

Erikoissairaanhoidossa haastateltavat olivat tyytyväisempiä yhteistyön toteutumiseen. He kokivat yhteistyön parantuneen viime vuosina merkittävästi ja toimivan kohtalaisen hyvin. Haastatteluun osallistujat kokivat yhteistyön pitkäaikaisesti sairaiden lasten hoidossa helpommaksi verraten aikuisten hoitoon. Haastattelussa nousi esille kuitenkin tarve tehdä entistä enemmän yhteistyötä.

"Kohtalaisen hyvin ja on parantunut huomattavasti tämä yhteistyö." (erikoissairaanhoido)

Molemmissa organisaatioissa haastateltavat olivat sitä mieltä, että yhteistyötä on

tarpeen kehittää tiedon saannin ja hoidon jatkuvuuden kannalta. Perusterveydenhuolto toivoi parannusta etenkin konsultoinnin kehittämiseen ja hoitopolkujen suunnitteluun. Erikoissairaanhoidossa toivottiin kehitettävän toimintatapaa, jolla tavoitetaisiin paremmin perusterveydenhuollon hoitohenkilökuntaa. Perusterveydenhuoltolta toivottiin aktiivisempaa osallistumista yhteisiin koulutuksiin ja palavereihin.

6.2. Hoitohenkilökunnan ammattitaito ja käytänteet yhteistyön edistäjänä

Molemmissa organisaatioissa koettiin yhteistyötä edistäväksi asiaksi hoitohenkilökunnan aktiivisuus ja oma-aloitteisuus. Itsensä kouluttautumiseen toivottiin enemmän aktiivisuutta, koska sillä koettiin olevan merkittävä osa yhteistyön edistämises-
sä. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteiset koulutustilaisuudet koettiin hyväksi mahdollisuudeksi tutustua toisen organisaation työntekijöihin.

”Mahdutaan sellaiseen pieneen neuvotteluhuoneeseen, kyllähän siinä helposti tutustuu...että minä oon minä, mulle voi soittaa, eikä tyhmiä kysymyksiä ole olemassa. Saa olla puolin ja toisin tuttuja.” (erikoissairaanhoido)

Tärkeäksi käytännön asiaksi nousivat molemmissa organisaatioissa ajan tasalla olevat yhteystiedot, joiden koettiin madaltavan kynnystä yhteydenottoon. Yhteystietojen helpon saatavuuden koettiin nopeuttavan asioiden etenemistä, kun aikaa ei tarvinnut kuluttaa puhelinnumeroiden etsimiseen. Vaikka tuntemattomaankin henkilöön kyetään haastateltavien mukaan ongelmitta ottamaan yhteyttä molemmissa organisaatioissa, yhteydenpito koettiin luontevammaksi, kun vastaanottajan tuntee henkilökohtaisesti.

”Huomattavasti helpompi olisi jos tuntis. Kyllä mä ainakin ajattelen että vaikka tutustumalla keskussairaalan eri yksiköihin, niin sekin jo helpottais yhteydenpitoa.” (erikoissairaanhoido)

”Aina on helpompi ottaa yhteyttä jos tietää kenelle soittaa.” (perusterveydenhuolto)

”Yhteistyötä edistää se, että puhelinnumerot on selvillä molemmiin puolin.”

(erikoissairaanhoido)

Sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa mainittiin yhteistyötä edistäväksi tekijäksi ammattitaitoinen toiminta. Ammattitaitoisella toiminnalla tarkoitettiin kehitysmuutoksista asennetta omaa työtä kohtaan, yhteistyöhalukkuutta muiden hoitajien kanssa sekä eri hoitotahoja huomioon ottavia hoitotyön käytänteitä. Pitkä työkokemus yhdistettiin toimivaan yhteistyöhön organisaatioiden välillä muun muassa siten, että työkokemuksen kautta hoitopolkujen hahmottaminen koettiin selkeämmäksi. Ammattitaitoiseen toimintaan koettiin kuuluvan lisäksi se, että osaa pyytää apua omien tietojen ja taitojen ollessa riittämättömiä.

”Kaikki ei näe vielä koko sitä hoitopolkua, jos ei oo paljon kokemusta tai ei itse asennoidu siihen asiaan, että haluaa toimia sen perheen parhaaksi ja hoitaa perhettä kokonaisvaltaisesti.” (erikoissairaanhoido)

”Jos tuntuu, että jokin asia on muuttunut tai oma tieto vanhentunut tai sitä ei kunnolla hallitse niin otettaisiin reilusti yhteyttä. Me ei yhtään tykätä huonoa, vaikka puheita tulisi enemmänkin.” (erikoissairaanhoido)

Ammattitaitoisen toiminnan lisäksi edistävänä tekijänä koettiin toimivat hoitotyön käytänteet. Perusterveydenhuollon terveydenhoitajien mukaan yhteistyön kannalta hyviä hoitotyön käytänteitä olivat hoitajien erikoisosaamisalueet ja lapsen sekä hänen perheensä hoitoon osallistuvien läsnäolo kotiutustilanteissa ja palavereissa.

Erikoissairaanhoidossa yhteistyötä edistäviksi hoitotyön käytänteiksi mainittiin verkosto- ja kotiutuspalaverit sekä kirjallisten ohjeiden lähettäminen potilaan mukana. Erikoissairaanhoido toivoi perusterveydenhuollolta vastuulääkärien ja –hoitajien nimeämistä helpottaakseen yhteistyön toteutusta. Yhteistyötahon toimintatapojen tunteminen koettiin yhteistyötä edistäväksi tekijäksi. Ehdotuksena työtappoihin tutustumiseksi esitettiin työnkiertoa ja vierailuja toisen organisaation työyksiköihin.

”Mä en tiedä mitään muuta konstia kuin työkierto, parantamaan tietämystä siitä mi-

tä toinen tekee.” (Perusterveydenhuolto)

6.3 Tiedonkulku haasteena yhteistyössä

Kaiken kaikkiaan sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa haastateltavat mainitsivat yhteistyötä estävinä tekijöinä samankaltaisia asioita. Suurimpana haasteena yhteistyölle pidettiin molemmissa organisaatioissa tiedonkulkuun liittyviä ongelmia. Eniten tähän vaikuttivat organisaatioiden erilaiset tietojärjestelmät, joiden koettiin aiheuttavan päällekkäisten tutkimusten tekemistä potilaalle sekä tiedon siirtymisen ongelmia. Tietojärjestelmään liittyvien ongelmien haastateltavat ajattelivat johtuvan siitä, että perusterveydenhuollon kirjaukset eivät näy erikoissairaanhoidossa, eivätkä myöskään erikoissairaanhoidon kirjaukset perusterveydenhuollossa. Perusterveydenhuollosta uskottiin tietotekniikan oikein käytettynä parantavan yhteistyön toteutumista.

”Päällekkäisiä kokeita otetaan kun ei tiedetä, mitä toisessa paikassa on otettu.” (perusterveydenhuolto)

”...sähköiset kirjaamisjärjestelmät olis sellaisia, että se liikkuis se tieto sähköisesti terveyskeskuksesta tännepäin ja taas toisinpäin...” (erikoissairaanhoito)

Erikoissairaanhoidon mielestä tieto siirtyy hyvin lapsen kotiutuessa ja hoitovastuun siirtyessä perusterveydenhuoltoon. Myös sairaanhoidollisten asioiden tiedonsiirtoon oltiin erikoissairaanhoidossa tyytyväisiä. Erikoissairaanhoidon haastateltavat kokivat itsensä aktiivisiksi tiedonvälittäjiksi ja toivoivat enemmän yhteydenottoja perusterveydenhuollosta. Erikoissairaanhoito koki yhteydenpidon helpoksi puhelimitse. Perusterveydenhuolto taas koki, että suoraa tietoa puhelimella ei tule ja yhteydenottoja tulee vähän erikoissairaanhoidosta.

”Helppohan meidän on pitää yhteyttä. En usko, että siitä on mitään vaikeutta.” (erikoissairaanhoito)

”Ainakin tietoa on täältä lähtenyt ihan hyvin sinne.” (erikoissairaanhoido)

Erikoissairaanhoidossa koettiin yhteistyötä estäväksi tekijäksi perusterveydenhuollon vaihtuvat työnkuvat, jotka vaikeuttivat yhteydenottoja. Vastuuhoitajien ja henkilökunnan vaihtuminen perusterveydenhuollossa vaikutti osaltaan siihen, ettei tiedetty, keneen pitäisi missäkin lapsen hoitoon liittyvässä asiassa olla yhteydessä. Lisäksi yhteistyötä hankaloittavana tekijänä mainittiin yhteistyön kannalta epäkäytännölliset tavat ja vanhat käytänteet. Molemmissa organisaatioissa koettiin myös asenteen olevan merkittävässä osassa yhteistyön toteutumisen kannalta. Osaltaan tiedonkulua hankaloittamassa koettiin olevan hoitopolkujen huono hahmottaminen ja ymmärtäminen.

”Tietenkin se vaikeuttaa, että henkilöt koko ajan vaihtuu...” (erikoissairaanhoido)

Yleisimmäksi syyksi tiedon siirtymisen estymiseen nähtiin molemmissa organisaatioissa lain määrittämät tietosuojamääräykset ja vaitiolovelvollisuus, jotka tulee ottaa huomioon tietoja siirrettäessä. Tiedon siirtymiseen liittyviä vaikeuksia koettiin aiheutuvan esimerkiksi silloin, jos lääkäri unohtaa kysyä lupaa tietojen siirtämiseen tai vanhemmat kieltävät tiedon siirtämisen. Erikoissairaanhoidossa tiedon välittäminen organisaatiosta toiseen nähtiin kuuluvan pääosin sihteerin työnkuvaan. Osaltaan hankaluuksia tiedonvälittämisessä koettiin olevan niissä tilanteissa, kun läheteissä ei ollut tarvittavia tietoja.

”Jos vanhemmat sanovat, että ei saa epikriisiä lähettää eli sitten me ei saada tietoa ollenkaan.” (perusterveydenhuolto)

Perusterveydenhuollossa epikriisien kulkemisen koettiin olevan kohtuullisen huonoa. Perusterveydenhuolto toivoi viimeisen epikriisin lisäksi myös väliepikriisejä, etenkin pitkien hoitajaksojen ajalta. Epikriisien sisältö koettiin diagnosoikeskeiseksi, ja niihin kaivattiin myös näkyvämpää perhelähtöistä hoitotyön otetta. Useimmista paikoista jo käytöstä poistettua sairaanhoitajan lähetettä toivottiin takaisin. Erikoissairaanhoidossa epikriisejä korvaa tietojärjestelmässä oleva terveydenhoitaja – lehden antama informaatio. Perusterveydenhuollossa koettiin organisaatioiden välillä olevan pitkän

etäisyyden maantieteellisesti osaltaan myös vaikeuttavan tiedonkulkua.

"Epikriisit eivät välttämättä tule." (perusterveydenhuolto)

"Tottahan se on meillä pitkä matka keskussairaalaan." (perusterveydenhuolto)

Molemmissa organisaatioissa tiedon sisällön koettiin vaikuttavan paljon tiedonkulkuun. Arkaluonteiset asiat sekä lapsen ja perheen jaksamiseen liittyvien asioiden koettiin siirtyvän huomattavasti nopeammin kuin hoitoon liittyvän faktatiedon. Hiljainen tieto koettiin asiaksi, jota ei voida siirtää. Erikoissairaanhoidossa koettiin tiedonkulun sujuvan tiettyjen sairausryhmien kohdalla paremmin kuin toisten.

"Kun alkaa epäilyttämään, että mitenkähän sillä perheellä oikeasti menee, että onkohan siellä lapsen kohdalla kaikki hyvin vai onko jotain perheväkivaltaa. Mutta minun kirjaat, jos se on vaan sun päässä se asia." (erikoissairaanhoito)

"Se mitä perheelle kuuluu tai miten perhe jaksaa ni semmonen tieto ei oikeestaan siirry." (perusterveydenhuolto)

Tiedon siirtyminen nähtiin olevan suurelta osin vanhempien vastuulla. Vanhemmat usein kuitenkin olettivat tiedon siirtyvän automaattisesti organisaatioiden välillä. Vanhemmat myös joskus kieltävät tiedonsiirtämisen, jolloin tieto ei kulje organisaatiosta toiseen.

"Vanhemmat olettavat, että tieto tulee ilman muuta." (erikoissairaanhoito)

"Tiedon siirtoa säilytetään vanhemmille, että kertokaa ku meette seuraavan kerran eikä se tieto välttämättä sitä kautta siirry." (perusterveydenhuolto)

Yhteistyötä ja tiedonkulkua vaikeuttivat perheiden eriävät elämäntilanteet sekä erilaiset perherakenteet. Haastateltavat kokivat vaikeaksi välillä tietää, ketkä ovat perheenjäseniä ja kenelle tietoa saa luovuttaa. Myös yhtenäisten kirjallisten ohjeiden puuttumisen koettiin vaikeuttavan neuvontaa molemmissa organisaatioissa. Suhteel-

lisen uutena haasteena tiedonkulkua ajatellen koettiin kansainväliset perheet. Tulkien hankkiminen koetaan erikoissairaanhoidossa toisinaan haastavaksi ja aikaa vieväksi. Lisäksi kulttuurierojen ja erilaiset asenteiden koettiin vaikeuttavan hoito-ohjeiden ymmärtämistä ja toteuttamista.

”Nykypäivän perheet ovat moninaisia ja muuttuvia. Huoltajuuskiistat ja sijoitusperheet tuovat omat haasteensa tai vaikeuttavat yhteistyötä.” (erikoissairaanhoido)

7 POHDINTA

7.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Kansanterveyden näkökulmasta organisaatioiden tulee tarjota alueen väestölle korkeatasoista hoitoa ja toimivia terveydenhuollon palveluja. Tämän toteutumisessa tarvitaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon saumatonta yhteistyötä. Opinnäytetyön tekeminen auttoi meitä tiedostamaan organisaatioiden välisen yhteistyön tärkeyden pitkäaikaissairaiden lasten hoidossa sekä kiinnittämään enemmän huomiota siihen, miten voimme sitä itse omalta osaltamme kehittää tulevana terveydenhoitajina. Opinnäytetyön tehtyämme osaamme kiinnittää enemmän huomiota pitkäaikaissairaiden lasten ja heidän perheidensä hyvinvointiin sekä hoidon jatkuvuuteen.

Opinnäytetyön tekeminen on ollut aikaa vievä ja haastava prosessi. Matkan varrella opinnäytetyön tekijöiden keskuudessa tapahtui ryhmän jäsenen vaihdos, mikä vaati aikaa ja energiaa ryhmäytymiseen ja yhteisten työtapojen löytymiseen. Työelämän harjoittelut eri paikkakunnilla ja koulutehtävien sekä töiden yhteensovittaminen opinnäytetyön aikatauluun on ollut välillä haastavaa.

Opinnäytetyössä selvitettiin, millaisia kokemuksia perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hoitohenkilökunnalla on keskinäisestä yhteistyöstään somaattisesti pitkäaikaissairaalan lapsen ja hänen perheensä hoidossa, ja mitkä tekijät edistävät ja estävät yhteistyötä lapsen hoidon siirtyessä perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoitoon ja päinvastoin. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää Perheen Parhaaksi yhteistyöllä projektissa työstettävää yhteistyömallia varten. Aikaisempia tutkimuksia terveydenhuollon organisaatioiden välisestä yhteistyöstä löysimme muutamia. Sen sijaan tutkimuksia yhteistyöstä pitkäaikaissairaalan lapsen hoidossa on tehty vähän. Tutkimustulokset organisaatioiden välisestä yhteistyöstä ovat samankaltaisia opinnäytetyössä käytettyjen aikaisempien tutkimusten kanssa: esimerkiksi Keskitalo (2002), Pitkälä (2006) ja Saaren- Seppälä (2004). Saaduilla tutkimustuloksilla saatiin vastaukset tutkimuskysymyksiin.

Saatujen tutkimustulosten perusteella haastateltavien kokemukset yhteistyöstä vaihtelivat suuresti perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Perusterveydenhuollossa koettiin, että suoraa yhteistyötä organisaatioiden välillä ei ole ja yhteistyön koettiin olevan vähäistä. Erikoissairaanhoidossa yhteistyö koettiin olevan pääosin toimivaa ja koko ajan parantumaan päin. Yhteistyötä edistäväksi tekijäksi molemmissa organisaatioissa nousivat hoitohenkilökunnan myönteinen asenne yhteistyöhön ja sen kehittämiseen. Yhteydenottaminen koetaan helpoksi, kun vastaanottajan kasvot ovat tutut, käy ilmi Keskitalon (2002) tutkimuksesta. Tuloksistamme ilmenee, että hoitohenkilökunta kokee yhteydenpidon luontevammaksi, kun toisen organisaation työntekijän tuntee henkilökohtaisesti. Sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa koettiin, että vastaanottajan tunteminen sekä yhteystietojen ajan tasalla oleminen madaltaa kynnystä ottaa yhteyttä. Käytännössä päivitettyjen yhteystietojen lähettäminen organisaatioiden välillä voisi tapahtua esimerkiksi sähköpostitse, etenkin kaukana sijaitsevien organisaatioiden kesken. Asian hoitamiseen on myös hyvä valita vastuuhenkilö, joka huolehtii yhteystietojen ajantasaisuudesta.

Hintsalan (2001) tutkimuksessa yhteistyön ongelmat näkyivät tiedonkulun vajavaisuutena. Myös tässä tutkimuksessa tiedonkulun ongelmat nähtiin suurimpana yhteistyötä estävänä tekijänä sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Eniten tiedonkulun ongelmia aiheuttivat tietosuojamääräykset ja vaitiolovelvollisuus,

joiden vuoksi erinäisistä syistä tieto ei aina siirtynyt organisaatiosta toiseen. Käytännön työ – ja vastuutehtävien selkeyttäminen voisi olla yksi keino kehittää tiedonkulun vaiheiden toteutumista käytännössä.

Kokemukset tiedonkulusta olivat myös eriävät. Erikoissairaanhoidon haastateltavat kokivat, että tieto kulkee heiltä hyvin perusterveydenhuoltoon, mutta perusterveydenhuollossa tiedonkulun koettiin olevan puutteellista. Erikoissairaanhoidon koki olevansa aktiivinen pitämään yhteyttä perusterveydenhuoltoon kun taas perusterveydenhuollossa erikoissairaanhoidon yhteydenotot koettiin vähäisiksi. Pitkälän (2006) tutkimuksessa kokemukset yhteistyöstä olivat päinvastaiset. Tutkimuksen mukaan perusterveydenhuollossa tiedonkulku koettiin riittäväksi, mutta erikoissairaanhoidon kaipaa enemmän tietoa perusterveydenhuollon toiminnassa tapahtuvista muutoksista. (Pitkälä 2006, 64–65.)

Keskitalo (2002) toteaa tutkimuksessaan yhtenäisten tietojärjestelmien kehittämisen parantavan tiedonkulkua ja poistavan päällekkäisiä toimintoja tulevaisuudessa (Keskitalo 2002, 68–69). Myös tässä opinnäytetyössä yhtenäisten tietojärjestelmien kehittäminen koettiin parhaana keinona parantaa tiedonkulkua. Yhteistyötä estäväksi tekijäksi tietojärjestelmien lisäksi Pitkälän (2006) tutkimuksessa nähtiin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon väliset pitkät matkat. Pitkäksi välimatkaksi koettiin yli sata kilometriä ylittävä välimatka. (Pitkälä 2006, 66–67.) Tässä tutkimuksessa perusterveydenhuolto koki pitkän välimatkan olevan yksi syy vähäiseen yhteistyöhön. Erikoissairaanhoidon toivoi perusterveydenhuollolta enemmän osallistumista yhteisiin kokouksiin. Yksi syy perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan vähäiseen osallistumiseen voi olla organisaatioiden välinen matka, joka on noin sata kilometriä. Koulutukseen lähteminen työpäivän aikana vaatii rahaa, sijaisjärjestelyjä ja aikaa. Eräänä keinona voitaisiin kokeilla toteuttaa koulutustilaisuuksia käyttäen hyväksi nykyajan teknologian etäopetusmahdollisuuksia.

Pyykkösen (2001) tutkimuksessa yhdeksi keinoksi parantaa organisaatioiden välistä yhteistyötä nousi tutustuminen toisen työhön ja hoitokäytäntöihin. Tässä tutkimuksessa sekä perusterveydenhuolto että erikoissairaanhoidon koki toisen organisaation työntekijöiden ja heidän työnkuvansa tuntemisen madaltavan kynnystä yhteydenot-

tamiseen. Ehdotuksena työtapoihin tutustumiseksi esitettiin työnkiertoa ja vierailuja toisen organisaation työyksiköihin.

Pyykkösen (2001) tutkimuksessa nousee esille huoli perusterveydenhuollon ammattitaidosta hoitaa yhä vaikeatasoisempia ja sairaampia potilaita. Tässä tutkimuksessa perusterveydenhuollossa yhteistyötä estäväksi tekijäksi nostettiin hoitajien vaihtuvat työnkuvat. Erikoissairaanhoidossa yhteistyötä estäviä tekijöitä koettiin olevan muun muassa henkilökunnan vaihtuvuus ja vähäinen työkokemus. Käytännössä näihin ongelmakohtiin yhteistyössä voitaisiin pyrkiä vaikuttamaan uusien työntekijöiden perehdyttämisellä ja kannustamalla henkilökuntaa koulutuksiin.

Yhteistyön kehittämiseen vaaditaan sekä organisaatiolta että työntekijältä aikaa ja sitoutumista. Yksilötasolla kehittämiseen vaikuttivat paljon yksittäisen työntekijän ammattitaito, aktiivisuus ja asenne, jotka ilmenevät eri tavoin työntekijöiden kesken. Pohdintaa opinnäytetyöryhmässä herätti se, että vaikuttaako työuran pituus hoitoalalla motivaatioon kehittää yhteistyötä. Onko hiljattain työelämään tullut työntekijä innokkaampi tarttumaan työssä eteen tuleviin kehityshaasteisiin kuin kokeneempi kollegansa? Työvuosien lisääntyessä työntekijä helposti menettää mielenkiinnon työhön ja työn kehittämiseen, halutessaan pysyä tutuissa ja turvallisissa työtavoissa. Lisäksi moniammatillisen työn täytyy toteutua organisaation sisällä, jotta yhteistyö toimii.

7.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusaiheen valinta on tutkijalle eettinen kysymys (Tuomi & Sarajärvi 2009, 129). Opinnäytetyön aiheeksi meillä oli tarjolla useampi vaihtoehto. Organisaatioiden välisen yhteistyön tutkimiseen pitkäaikaissairaalan lapsen ja hänen perheensä hoidossa päädyttiin aiheen kiinnostavuuden vuoksi. Tutkimusaiheen valinnassa tulee huomioida sen yhteiskunnallinen merkittävyys (Hirsjärvi ym. 2009, 25). Valittua tutkimusaihetta voidaan pitää yleisesti tärkeänä sen kehittäessä hoitotyötä sekä tarkentaessa aikaisempaa hoitotieteellistä tietoa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisestä yhteistyöstä. Opinnäytetyömme kuuluu osaksi suurempaa projektia, mikä

osaltaan kertoo tutkimusaiheen tärkeydestä ja organisaatioiden välisen yhteistyön tutkimisen tarpeesta pitkäaikaissairaiden lasten hoidossa.

Ihmisarvon kunnioittaminen nähdään tutkimuksessa lähtökohtana. Tutkimuksen kohteena olevien itsemääräämisoikeutta voidaan kunnioittaa antamalla heille mahdollisuus päättää tutkimukseen osallistumisesta. (Hirsjärvi ym. 2009, 25.) Perusterveydenhuollossa haastateltavat valikoituivat haastatteluun osastonhoitajan velvoittamana, johtuen henkilökuntamäärän vähyydestä. Erikoissairaanhoidossa haastatteluihin osallistuivat ne, jotka olivat haastattelujen toteutuspäivinä työvuorossa ja jotka pystyttiin irrottamaan haastattelujen ajaksi henkilökuntavahvuudesta. Opinnäytetyöstä käytiin informoimassa etukäteen tutkimuksen kohteena olevissa paikoissa, joten kaikilla halukkailla osastolla työskentelevillä oli mahdollisuus osallistua haastatteluun. Laadullisen tutkimuksen tärkeimpinä eettisinä periaatteina ovat tutkimuksen kohteina olevien suostumus tutkimukseen, luottamuksellisuus, seurauksien tiedostaminen ja yksityisyyden kunnioittaminen (Hirsjärvi & Hurme 2009, 19- 20). Tutkimustuloksista ei saa näkyä yksittäistä henkilöä koskevia tai muuten luottamuksellisia tietoja (Hallamaa, Launis, Lötjönen & Sorvali 2006, 149- 151). Haastattelujen alussa korostettiin tutkimukseen liittyvien tietojen salassapitoa. Opinnäytetyön jokaisessa vaiheessa, erityisesti tutkimustulososiossa ja suorissa lainauksissa, säilytettiin haastattelujen anonymiteetti jättämällä mainitsematta haastatteluissa esiin tulleita yksityiskohtia, joista vastaajan henkilöllisyys voisi paljastua. Kaikki nauhoitetut nauhat ja aukikirjoitetut haastattelut hävitettiin opinnäytetyön valmistuttua. Haastattelun litterointivaiheessa eettisyyden arviointi kohdistuu siihen, miten tarkasti haastattelun kirjalliset muistiinpanot noudattavat tiedonantajan lausumia (Hirsjärvi & Hurme 2009, 20). Tutkimusaineiston litterointi suoritettiin sanatarkasti. Suorat lainaukset lisättiin tekstiin sellaisenaan.

Tieteellisellä tutkimuksella pyritään saamaan mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Laadullisen tutkimuksen yleisiin luotettavuuskriteereihin kuuluvat muun muassa uskottavuus ja refleksiivisyys. Riittävän pitkä aika tutkittavan ilmiön parissa vahvistaa tutkimuksen uskottavuutta. (Kylmä & Juvakka 2007, 127–128.) Opinnäytetyön tekeminen aloitettiin vuoden 2008 syksyllä, joten opinnäytetyön parissa on työskennelty yli vuoden ajan. Refleksiivisyys edellyttää, että tutkimuksen te-

kijä on tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Suoriuduimme haastatteluista kohtalaisen hyvin. Roolimme haastatteluissa oli melko vähäinen, tehtävämme rajoittui lähinnä haastattelun aiheessa pysymisen varmistamiseen ja kysymysten esittämiseen. Teemahaastattelurungossa käytetyt teemat valikoituivat tutkimuskysymyksien pohjalta. Pyrimme välttämään suoria kysymyksiä teemoissa, jotta saatava aineisto olisi mahdollisimman laaja. Otimme jokainen vuorollamme vastuun haastattelun ohjaamisesta, muistiinpanojen tekemisestä sekä haastattelujen nauhoituksesta.

Opinnäytetyön tutkimukseen osallistui yhteensä neljätoista (N=14) haastateltavaa perusterveydenhuollosta ja erikoissairaanhoidosta. Haastateltavat olivat Perusturvaliikelaitos Saarikan terveydenhoitajia sekä erikoissairaanhoidon lastenosaston ja – poliklinikan hoitohenkilökuntaa. Haastatteluun osallistuneiden keskimääräinen työkokemus oli 19 vuotta, minkä uskomme vaikuttavan tuloksien luotettavuuteen myönteisesti. Aineistonkeruu menetelmäksi valittiin teemahaastattelu, joka sopi mielestämme hyvin tämän opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi. Teemahaastattelun avulla saimme haastateltujen äänet kuuluviin ja mahdollistimme haastateltavien vastaamisen omin sanoin. Teemahaastattelussa kysymykset ovat kaikille osallistujille samat, mikä mahdollisti tulosten vertailun organisaatioiden kesken (Hirsjärvi & Hurme 2009, 47–48).

Haastattelut toteutettiin ryhmähaastatteluna. Näin toimittaessa pystyttiin keräämään tietoa usealta henkilöltä yhtä aikaa. Ryhmähaastattelulla saatiin tietoa ilmiöstä, jonka kanssa haastateltavat ovat olleet tekemisissä. (Kananen 2008, 75.) Haastattelun etuna pidetään joustavuutta. Haastattelijalla on mahdollisuus käydä keskustelua haastatteluun osallistujien kanssa, oikaista väärinkäsityksiä ja tehdä tarkentavia kysymyksiä tarvittaessa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73.) Ryhmähaastattelun luotettavuuteen vaikuttaa haastateltavan taipumus antaa sosiaalisesti suotavia vastauksia (Hirsjärvi ym. 2009, 206). Tutkimukseen osallistuvilla oli mahdollisuus halutessaan jättää puheenvuoronsa väliin, näin kenellekään ei aiheutunut sosiaalista pakkoa puhua, mikä voidaan katsoa tutkimuksen luotettavuutta lisäävänä tekijänä. Haastatteluissa puheenvuorot etenivät numerojärjestyksessä. Näin toimittaessa välttyttiin haastateltavien päällekkäin puhumiselta, mikä lisäsi haastattelujen nauhoituksen on-

nistumisen todennäköisyyttä. Toisaalta jotkut haastatteluun osallistujista jäivät puheenvuoroissaan selkeästi vähäsanaisemmiksi kuin toiset, puheenvuorojen järjestelmällisyydestä huolimatta.

Haastatteluaineiston luotettavuus kasvaa, kun tallenteiden kuuluvuus on hyvää ja litterointia on noudatettu alusta loppuun (Hirsjärvi & Hurme 2009, 185). Käytetyt nauhurit olivat toimivia ja luotettavia ja haastattelut saatiin tallennettua kokonaisuudessaan. Häiriötekijöitä syntyi toisessa erikoissairaanhoidon haastattelussa pesukoneen ja palohälyttimen äänestä sekä työpuhelimien soimisesta kesken haastattelun. Näistä johtuen tallenteen kuuluvuus heikentyi hetkellisesti ja aineistosta jouduttiin poistamaan muutama epäselväksi jäänyt lause. Muilta osin tallenteiden kuuluvuus oli hyvää. Suurin osa saadusta aineistosta oli tutkimuksen kannalta merkittävää.

Haastattelun onnistumisen todennäköisyys lisääntyy, kun haastatteluun osallistujille annetaan mahdollisuus tutustua haastattelun aiheeseen, kysymyksiin ja teemoihin etukäteen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73). Tutkimukseen osallistuville lähetettiin etukäteen tutustuttavaksi tutkimussuunnitelma, jossa oli liitteenä teemahaastattelurunko (LIITE 4). Lisäksi kävimme tutkimuksessa mukana olevissa yksiköissä tiedottamassa tulevasta haastattelusta ja tutkimuksesta. Pyrkimyksenämme oli edistää haastattelujen onnistumista ja haastateltavien sitoutumista tutkimuksen toteuttamiseen. Moni haastateltavista oli pohtinut etukäteen vastauksia, mikä edisti haastattelujen onnistumista ja sitä että kaikki tutkimuksen kannalta tarpeellinen tieto tuotiin esiin.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida aineiston riittävyydellä, analyysin kattavuudella sekä analyysin arvioitavuudella ja toistettavuudella. Aineiston riittävyydellä tarkoitetaan saturaation täyttymistä. (Kananen 2008, 124–125.) Totesimme tutkimusaineiston saturoituneen kolmannen haastattelukerran jälkeen. Viimeisessä haastattelussa nousi esille pitkälti samoja asioita kuin aikaisemmissa eikä uusia näkökulmia ilmennyt. Tulokset analysoitiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällön analyysimenetelmällä, mikä mielestämme oli hyvä tapa analysoida tutkimuksen tuloksia. Sisällön analyysin haasteena pidetään tutkijan onnistumista pelkistää aineisto ja muodostaa siitä luotettavasti tutkittavaa ilmiötä kuvaavat asiat (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3- 11). Kaikki kolme ryhmän jäsentä osallistuivat analyysin tekemi-

seen. Analyysin vaiheisiin ja lopputulokseen päädyttiin yksimielisesti. Haastattelujen litterointi suoritettiin itse. Haastavinta analyysin tekemisessä oli muodostaa tulosten luokittelun pohjalta syntyneille kategorioille niiden sisältöä kuvaava nimi. Tutkimuksen luotettavuutta lisääväksi tekijäksi voidaan katsoa se, että tutkimustulokset ovat osin samansuuntaisia kuin aikaisemmin esitellyissä tutkimuksissa.

7.3 Jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyössä tutkimuksen kohteena oli hoitohenkilökunnan yhteistyö somaattisesti pitkäaikaissairaiden lasten hoidossa. Jatkotutkimusaiheena voitaisiin tutkia, eroaako perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen yhteistyö esimerkiksi psyykkisesti pitkäaikaissairaiden lasten hoidossa.

Tutkimusaineistosta tärkeimpinä yhteistyötä edistävinä tekijöinä nousivat henkilökunnan asenteen ja ammattitaidon merkitys. Merkittävimpänä yhteistyötä estävänä tekijänä nähtiin puutteet tiedonkulussa. Pitkän välimatkan koettiin olevan yhteydessä vähäiseksi koettuun yhteistyön määrään. Tässä tutkimuksessa organisaatioilla oli välimatkaa noin sata kilometriä. Mielenkiintoinen jatkotutkimushaaste voisi olla selvittää, onko lähempänä sijaitsevien organisaatioiden kesken enemmän yhteistyötä pitkäaikaissairaalan lapsen ja hänen perheensä hoidossa. Mielenkiintoista voisi olla myös selvittää, miten yhteiskunnan organisaatorakenteiden muuttuminen ja kuntien yhdistyminen Paras-hankkeen myötä vaikuttaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon väliseen yhteistyöhön.

Tutkimustulosten mukaan tietojärjestelmien kehittymisen ja yhtenäistymisen odotetaan tulevaisuudessa helpottavan yhteistyötä ja poistavan päällekkäisiä toimenpiteitä hoidossa. Yksi mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe voisi olla selvittää, onko tietojärjestelmien kehittyminen parantanut yhteistyötä ja tiedonkulkua tutkimuksen kohteena olleiden organisaatioiden välillä.

LÄHTEET

Aaltonen, M., Ojanen, T., Siven, R. & Vilen, M. 2005. Lapsen aika. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Aasikainen, P., Mäenpää, T., Suominen, T. & Maass, M. 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatorajat ylittävä tiedon siirto ja yhteistoiminta aluetietojärjestelmän käyttöönottoaiheessa. *Hoitotiede* 20, 2, 59–69.

Hagerlund, T. 2009. Kunta – ja palvelurakenneuudistus. Kuntaliitto. Viitattu 15.11.2009. http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;55264;55275;82183

Hallamaa, J., Launis, V., Lötjönen, S. & Sorvali, I. 2006. Etiikkaa ihmistieteille. Helsinki: Hakapaino oy.

Hanson, S., Gedaly-Duff, V. & Kaakinen, J. 2005. Family Health Care Nursing. Theory, Practice & Research. Philadelphia: Davis

Hintsala, A. 2001. Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelutyöntekijöiden käsityksiä yhteistyöstä ja asiantuntijuudesta asiakkaiden erityispalvelutarpeiden tunnistajina - Yksin yhdessä. Pro gradu. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R. 2008. Enemmän yhdessä: moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy.

Isosaari, U. 2004. Perusterveydenhuolto koetuksella: Tutkimus kunnallisesta perusterveydenhuollosta 1997–2003. Kuntasuomi 2004 – tutkimuksia 47. Helsinki. Suomen kuntaliitto.

Ivanoff, P., Risku, A., Kitinoja, H., Vuori, A. & Palo, R. 2006. Hoidatko minua? Lapsen, nuoren ja perheen hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY.

Kananen, J. 2008. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 93. Jyväskylän yliopistopaino.

Kansaneläkelaitos, 2009. Lapsen vammaistukea saavien määrä vähenee edelleen. Viitattu 2.2.2010. www.kela.fi, tietoa kelasta, viestintä, tiedotteet, 2009.

- Kantero, R., Levo, H. & Österlund, K. 2000. Lasten sairaanhoito. Porvoo: WSOY.
- Keskitalo, M. 2002. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen yhteistyö. Pro gradu. Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.
- Koistinen, P., Ruuskanen, S. & Surakka, T. 2005. Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11, 1, 3-11.
- L 17.10.2004/856. Laki erikoissairaanhoitolain muuttamisesta. Säädös valtion säädöstietopankki Finlexin sivustolla. Viitattu 5.3.2009. <http://www.finlex.fi>, lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö.
- Lehto, P. 2004. Jaettu mukanaolo: substantiivinen teoria vanhempien osallistumisesta lapsensa hoitamiseen sairaalassa. Akateeminen väitöskirja, Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Tampereen yliopistopaino Oy.
- Lehtomäki, L. & Kemppainen, E. Suomen Terveystieteiden lausunto sairaanhoitajan rajattuun lääkkeenmääräämisoikeuteen kuulemistilaisuudessa 20.11.2009. Lausunto, sähköposti 23.11.2009.
- Mattila, K. 2005. Perusterveydenhuolto: Suomalaisten terveys. Duodecim. Viitattu 21.11.2008. <http://www.terveyskirjasto.fi/>, suomalaisten terveys, perusterveydenhuolto.
- Muurinen, E. & Surakko, T. 2001. Lasten ja nuorten hoitotyö. Tampere: Tammerpaino Oy.
- Opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveysministeriö. Oppaita 2004:14. 2008. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Paasivirta, K. 2009. Kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoitolaki yhdistyvät terveydenhuoltolaiksi. Kuntaliitto. Viitattu 15.11.2009. http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;349;466;139556
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1999. Perhe hoitotyössä: teoria, tutkimus ja käytäntö. Porvoo: WSOY
- Perheen määritelmä. 2008. Tilastokeskus. Viitattu 17.5.2009. <http://www.tilastokeskus.fi>. Tietoa tilastoista, käsitteet ja määritelmät, perhe.
- Pitkälä, K. 2006. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystisyhteistyö. Pro gradu. Kuopion yliopisto, terveydenhallinnon- ja talouden laitos.
- Pyykkönen, A. 2001. Keskussairaalaista terveyskeskukseen: Jatkohoitoon siirtymistä edistävät ja vaikeuttavat tekijät kahdessa terveyskeskuksessa. Kuopion yliopisto. Ter-

veyshallinnon- ja talouden laitos.

Rajantie, J. & Perheentupa, J. 2005. Lasten terveys. Teoksessa Suomalaisten terveys. Toim. A. Aromaa. Helsinki: Duodecim. Kansanterveyslaitos Stakes.

Saaren- Seppälä, T. 2004. Yhteisen potilaan hoito. Tutkimus organisaatorajojen ylittävstä yhteistyötoiminnasta sairaalan, terveyskeskuksen ja lapsipotilaiden vanhempien suhteissa. Akateeminen väitöskirja, Tampereen yliopisto, terveystieteen laitos. Tampereen yliopistopaino Oy, Juvenes Print.

Sairaudet ja kuntoutus. Sosiaali- ja Terveysministeriö. 2009. Viitattu 3.3.2009.
http://www.stm.fi/toimeentulo/tuet_ja_etuudet/sairaudet_ja_kuntoutus.

Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, A. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY oppimateriaalit oy.

Smith, L., Coleman, V. & Bradshaw, M. 2002. Family-centred care. Concept, theory and practice. Palgrave: New York.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Terveystieteen laitos. Viitattu 22.1.2010.
<http://www.stm.fi/552>

Streng, H. 2002. Pitkäaikaissairauden vaikutus lapseen ja perheeseen. Allergia ja astma. Nro 1/03.

Suomen Terveystieteen laitos ry. Asetus ohjaamaan neuvolatoimintaa, koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa. Viitattu 13.4.2009.
<http://www.terveydenhoitajaliitto.fi/index.php?mid=413>.

Teperi, J. 2005. Erikoissairaanhoito. Terveyskirjasto. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 13.1.2009
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00053.

Terveystieteen laitos. Sosiaali- ja Terveysministeriö. 2008. Viitattu 21.11.2008.
<http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/tervh/thpal/index.htm>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.

Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa. Sosiaali- ja Terveysministeriö. 2005. Selvityksiä 2005:21. Selvitys Kansallisen terveyshankkeen työnjakopiloteista. Viitattu 6.2.2009. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1061831

Åstedt-Kurki, P., Jussila, A-L., Koponen, L., Lehto, P., Maijala, H., Paavilainen, R. & Pönttinen, H. 2008. Kohti perheen hyvää hoitamista. Porvoo: WSOY.

LIITE 1 Yhteistyösopimus/perusterveydenhuolto



Opinnäytetyöryhmä

1/2

OPINNÄYTETYÖN YHTEISTYÖSOPIMUS / LUPA-ANOMUS

Olemme Jyväskylän ammattikorkeakoulun hyvinvointiyksikön terveydenhoitaja -opiskelijoita. Pyydämme lupaa toteuttaa opinnäytetyötämme yhteisössänne.

Opinnäytetyön aihe/nimi

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hoitohenkilökunnan kokemuksia yhteistyöstä pitkäaikaissairaalan lapsen ja hänen perheensä hoidosta

Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyö tehdään TYKESin rahoittamassa ja Jyväskylän ammattikorkeakoulun hyvinvointiyksikön koordinoimassa Perheen parhaaksi yhteistyöllä – projektissa. Opinnäytetyön tuloksia käytetään projektissa kehitettävän yhteistyömallin rakentamiseen.

Opinnäytetyön tarkoituksena on saadun tiedon avulla kehittää yhteistyötä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä pitkäaikaissairaalan lapsen ja hänen perheensä hoidossa. Tavoitteena on selvittää, kuinka yhteistyö toimii perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä tilanteessa, jossa somaattisesti pitkäaikaissairas lapsi ja hänen perheensä siirtyy kotikunnasta sairaalaan tai päinvastoin. Tavoitteena on saada sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon hoitohenkilökunnan kokemusten kautta tietoa heidän välisestä yhteistyöstään sekä yhteistyötä edistävästä ja estävästä tekijöistä.

Opinnäytetyön arvioitu valmistumisajankohta

Marraskuu 2009

Opinnäytetyön tekijät sitoutuvat

Tutkimusta tehdessämme sitoudumme toimimaan tutkimuseettisiä periaatteita kunnioittaen niin, että tutkimukseen osallistujat ovat vapaaehtoisesti mukana tutkimuksen aineiston keräämisessä eikä heidän henkilöllisyyttään missään tutkimuksen vaiheessa voida jäljittää.

Sitoudumme raporttoimaan tutkimuksen tuloksista Perusturvaliikelaitos Saarikalle opinnäytetyön valmistuttua.

Opinnäytetyön suunnitelma on hyväksytty

2.6.2009

Ohjaavat opettajat

Hanna Hopia ja Katri Huuskola

etunimi.sukumini@jamk.fi



Opinnäytetyöryhmä

2/2

Opinnäytetyön yhteistyötaho
 Perusturvaliikelaitos Saarikka

☒ Hyväksyn opinnäytetyön tekemisen yhteisössämme ja sitoudumme
 (esim. ohjaamaan opinnäytetyön tekijää, avustamaan materiaalikuluissa)

ohjaamaan opinnäytetyön tekijää

Opinnäytetyön tekijät velvoitetaan (esim. raporttoimaan yhteistyötaholle)

raporttoimaan yhteistyötaholle

☐ En hyväksy opinnäytetyön tekemistä yhteisössämme, miksi

Tarvitaanko muita lupa-anomuksia

☒ ei☐ kyllä, mitä
Paikka ja aika *16.1.2009 Karstula*

Tuula Mäkinen

 Yhteistyötaho
 Tuula Mäkinen, Saarikka

Katri Huuskola Hanna Hopia

 Ohjaava opettajat
 Katri Huuskola, Hanna Hopia

Paikka ja aika */ .*

Eeva Tokola

 Opinnäytetyön tekijä
 Eeva Tokola

 Yhteystiedot
 eeva.tokola.sho@jamk.fi
 0405559367

Heli Tervo

 Opinnäytetyön tekijä
 Heli Tervo

 Yhteystiedot
 heli.tervo.sho@jamk.fi
 0405476499

Iina Klemola

 Opinnäytetyön tekijä
 Iina Klemola

 Yhteystiedot
 iina.klemola.sho@jamk.fi
 0408437105

LIITE2 yhteistyösopimus/erikoissairaanhoido



Opinnäytetyöryhmä

1/2

OPINNÄYTETYÖN YHTEISTYÖSOPIMUS / LUPA-ANOMUS

Olemme Jyväskylän ammattikorkeakoulun hyvinvointiyksikön terveydenhoitaja -opiskelijoita. Pyydämme lupaa toteuttaa opinnäytetyötämme yhteisössänne.

Opinnäytetyön aihe/nimi

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hoitohenkilökunnan kokemuksia yhteistyöstä pitkäaikaissairaalan lapsen ja hänen perheensä hoidosta

Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyö tehdään TYKESin rahoittamassa ja Jyväskylän ammattikorkeakoulun hyvinvointiyksikön koordinoimassa Perheen parhaaksi yhteistyöllä – projektissa. Opinnäytetyön tuloksia käytetään projektissa kehitettävän yhteistyömallin rakentamiseen.

Opinnäytetyön tarkoituksena on saadun tiedon avulla kehittää yhteistyötä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä pitkäaikaissairaalan lapsen ja hänen perheensä hoidossa. Tavoitteena on selvittää, kuinka yhteistyö toimii perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä tilanteessa, jossa somaattisesti pitkäaikaissairas lapsi ja hänen perheensä siirtyy kotikunnasta sairaalaan tai päinvastoin. Tavoitteena on saada sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon hoitohenkilökunnan kokemusten kautta tietoa heidän välisestä yhteistyöstään sekä yhteistyötä edistävästä ja estävästä tekijöistä.

Opinnäytetyön arvioitu valmistumisajankohta

Marraskuu 2009

Opinnäytetyön tekijät sitoutuvat

Tutkimusta tehdessämme sitoudumme toimimaan tutkimuseettisiä periaatteita kunnioittaen niin, että tutkimukseen osallistujat ovat vapaaehtoisesti mukana tutkimuksen aineiston keräämisessä eikä heidän henkilöllisyyttään missään tutkimuksen vaiheessa voida jäljittää.

Sitoudumme raportoimaan tutkimuksen tuloksista Perusturvaiikelaitos Saarikalle opinnäytetyön valmistuttua.

Opinnäytetyön suunnitelma on hyväksytty
2.6.2009

Ohjaavat opettajat

Hanna Hopia ja Katri Huuskola

etunimi.sukumini@jamk.fi



JYVÄSKYLÄN
AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyöryhmä

2/2

Opinnäytetyön yhteistyötaho

Keski-Suomen keskussairaalan lastentautiyksiköt

☒ Hyväksyn opinnäytetyön tekemisen yhteisössämme ja sitoudumme
(esim. ohjaamaan opinnäytetyön tekijää, avustamaan materiaalikuluissa)

Opinnäytetyön tekijät velvoitetaan (esim. raporttoimaan yhteistyötaholle)

RAPORTTOIMAN YHTEISTYÖTAHOILLE

☐ En hyväksy opinnäytetyön tekemistä yhteisössämme, miksi

Tarvitaanko muita lupa-anomuksia

☒ ei

☐ kyllä, mitä

Paikka ja aika 15/6 .2005

Yhteistyötaho
Jaana Peltokoski, KSSH

Ohjaava opettajat
Katri Huuskola, Hanna Hopia

Paikka ja aika / .

Opinnäytetyön tekijä
Eeva Tokola

Yhteystiedot
eeva.tokola.sho@jamk.fi
0405559367

Opinnäytetyön tekijä
Heli Tervo

Yhteystiedot
heli.tervo.sho@jamk.fi
0405476499

Opinnäytetyön tekijä
Iina Klemola

Yhteystiedot
iina.klemola.sho@jamk.fi
0408437105

LIITE 3 Saatekirje

Hyvä hoitotyöntekijä!

Lähestymme Teitä opinnäytetyömme merkeissä. Opiskelemme terveydenhoitajaksi Jyväskylän ammattikorkeakoulussa ja valmistumme keväällä 2010. Opinnäytetyömme käsittelee erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä yhteistyötä somaattisesti pitkäaikaissairaan lapsen hoidossa hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Työmme on osa Tykesin rahoittamaa ja Jyväskylän ammattikorkeakoulun hallinnoimaa Perheen parhaaksi yhteistyöllä – projektia, jonka tarkoituksena on luoda toimiva yhteistyömalli erikoissairaanhoidon lastenyksiköiden ja lapsen kotipaikkakunnan perusterveydenhuollon väliseen yhteistyöhön.

Toteutamme tutkimuksen ryhmähaastattelemalla sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon hoitohenkilökuntaa. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Osallistumalla annatte arvokasta tietoa, jonka avulla hoitohenkilökunnan välistä yhteistyötä voidaan kehittää perheiden hyväksi. Haastattelut toteutetaan kesäkuun - heinäkuun 2009 aikana ja järjestetään sopivassa paikassa Teidän työpaikallanne. Luotettavuuden takaamiseksi nauhoitamme haastattelut. Käsittelemme haastattelun aineistoa nimettöminä ja luottamuksellisesti. Tuhoamme haastattelumateriaalin opinnäytetyömme valmistuttua.

Tämän kirjeen mukana lähetämme lomakkeen, jossa lupaudutte osallistumaan ryhmähaastatteluun. Ohessa liitteenä tulevan haastattelumme runko, johon toivomme, että tutustutte etukäteen työyhteisössä. Valmis opinnäytetyö on luettavissa Jyväskylän ammattikorkeakoulun verkkokirjastossa viimeistään keväällä 2010. Tarvittaessa annamme mielellään lisätietoja. Mikäli haluatte osallistua haastatteluun, palauttakaa lomake mukana tullessa kirjekuoressa.

Lämmin kiitos avustanne opinnäytetyömme toteuttamisessa!

LIITE 4 Teemahaastattelurunko

ALOITUS

- tutkimusten tekijöiden esittely
- haastateltavat täyttävät taustatiedon-lomakkeen
- tutkimuksen toteutuksesta kertominen
- tutkimukseen liittyvistä asioista kysyminen

TUTKIMUSHAASTATTELU

- Mitä sana yhteistyö tuo sinulle mieleen?
- Miten perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen yhteistyö toteutuu pitkäaikaisesti sairaan lapsen ja hänen perheensä hoidossa?
- Mitkä asiat ovat edistämässä yhteistyötä?
- Mitkä asiat ovat estämässä yhteistyötä?
- Miten koet erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisen tiedon kulun pitkäaikaissairaiden lasten ja heidän perheensä hoidossa?
- Kuinka erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä yhteistyötä sekä tiedonkulkua voidaan parantaa?

HAASTATTELUN PÄÄTTÄMINEN

- tutkimusten tekijöiden ja haastateltavien kuuleminen:
 - o onko kaikki aiheen kannalta tärkeät näkökulmat tuotu esille?
 - o onko mielessä jotain ehdottoman tärkeää?

LIITE 5 Taustatiedot

Rastita oikea vaihtoehto

1. Ikä_____ vuotta.

2. Ammatti

perus-/lähihoitaja_____

sairaanhoitaja_____

terveydenhoitaja_____

lääkäri_____

muu, mikä_____

3. Työkokemukseni perusterveydenhuollossa/erikoissairanhoidossa

_____ vuotta tai

_____ kuukauttta

LIITE 6 Analyysitulokset

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tutkimustulosten pelkistetyt ilmaukset, alakategoriat ja yläkategoriat sekä yhdistävä luokka sisällön analyysiin perustuen

Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä luokka
Suoraa yhteistyötä ei ole	Yhteistyö on puutteellista	Yhteistyö koetaan tarpeelliseksi kehittää	YHTEISTYÖN KEHITTÄMISEN TARPEELLISUUS
Yhteistyö on vähäistä			
Yhteistyö toteutuu välillä huonommin, välillä paremmin			
Yhteistyössä on puutteita			
Yhteistyö ei toimi			
Yhteistyö on teennäistä			
Yhteistyöstä puuttuu yhteys			
Yhteistyö on parantunut	Yhteistyössä nähdään kehitystä	Positiivinen suhtautuminen yhteistyöhön	
Yhteistyö toimii kohtalaisen hyvin			
Lasten hoidossa yhteydenpitoon matalampi kynnyks			
Yhteistyötä tulisi tehdä enemmän			
Yhteistyötä tulee kehittää	Yhteistyötä on tärkeää kehittää	Yhteistyön kehityskohteet	
Yhteistyö tärkeää			
Hoitopolkujen kehittäminen			
Konsultoinnin kehittäminen			
Hoitohenkilökunnan tavoitettavuuden kehittäminen			
Yhteisten palaverien kehittäminen			
Hoitohenkilökunnan aktiivisuus	Hoitajan aktiivisuus yhteydenpitoon merkittävää	Aktiivisuus yhteistyössä	HOITOHENKILÖKUNNAN

Hoitohenkilökunnan oma-aloitteisuus

Hoitohenkilökunnan kouluttautumishalu

Koulutustilaisuuksissa tutustuminen

AMMATTITAITO JA KÄYTÄNTEET

YHTEISTYÖN EDISTÄJÄNÄ

Ajankohtaiset yhteystiedot

Yhteistyön osapuolten riittävä tunteminen

Hoitohenkilökunnan rohkeus ottaa yhteyttä yhteistyötahoihin

Yhteistyötahojen tavoitettavuus

Vastaanottajan tunteminen edistää

yhteydenottoa

Tietämättömyys kehen otetaan

yhteyttä estää yhteydenottoa

Hoitohenkilökunnan

Ammattitaidon merkitys yhteistyölle

Hoitohenkilökunnan osaamisen varmistaminen

ammattitaito tärkeää

Myönteinen asenne kehittää omaa työtä

Halu tehdä yhteistyötä työkavereiden ja

työtahojen kanssa

Toisen työn huomioiminen tärkeää

Pitkä työkokemus helpottaa ymmärtämään

yhteistyön merkitystä

Hoidon kokonaisvaltainen ymmärtäminen

edistää yhteistyötä

Toisilta täytyy osata pyytää apua

Kaikki eivät halua toimia perheen parhaaksi

Hoitajien erikoisosaamisalueet

Toimiva yhteistyö on

Hoitohenkilökunnan tiedot ja taidot

Hoitajan läsnäolo kotiutuksessa

perheen parhaaksi

vaikuttamassa yhteistyöhön

ja palavereissa

Verkostopalaverit hyvä toteuttaa

Moniammatilliset työtavat helpottavat

Moniammatillisuuden merkitys yhteistyölle

ennen kotiutusta yhteistyön toteutusta

Kirjallisten ohjeiden kehittäminen tärkeää

Vastuulääkärit – ja hoitajat merkittäviä

Yhteistyötapojen toimintatapojen

tunteminen helpottaa yhteistyötä

Työnkierto nähdään tapana tutustua toisen työhön

Vierailu erikoissairaanhoidon yksiköihin

Yhteinen tietojärjestelmä helpottaisi erilaiset tietojärjestelmät este yhteistyölle

yhteistyön toteutusta

Yhteistyötä estävät erilaiset

tietojärjestelmät

Kirjaukset eivät näy eri organisaatioiden

järjestelmissä

Tietotekniikka oikein käytettynä

edistää yhteistyön toteutusta

Yhteistyövälineitä on tarpeen kehittää

TIEDONKULKU HAASTEENA

YHTEISTYÖSSÄ

Tiedonkulku onnistuu lapsen

Tiedonkulku epäyhtenäistä

kotiutuessa tai hoitovastuun

siirtyessä perusterveydenhuoltoon

Yhteyttä pidetään sairaanhoidollisissa

asioissa ja kotiutusvaiheessa

Erikoissairaanhoido aktiivinen tiedonvälittäjä

Perusterveydenhuollolta toivotaan enemmän

aktiivisuutta yhteydenpitoon

Yhteydenpito puhelimitse helppoa

Tiedonkulussa parantamista

Lähetteestä on tärkeää löytää tarvittavat tiedot

Tieto ei kulje puhelimitse

Työtapojen vaikutus tiedonkulkuun

<p>Perusterveydenhuollossa hoitajien vaihtuvat työnkuvat vaikeuttamassa yhteistyön toteutusta</p> <p>Työntekijöiden asenne vaikuttamassa Yhteistyön toteutumiseen</p> <p>Hoitopolun hahmottaminen ja ymmärrettävyys vaikeaa</p> <p>Tavat, vanhat käytänteet vaikuttamassa tiedonkulun toteutumiseen</p>	<p>Käytänteiden vaikutus yhteistyöhön</p>	<p>Käytänteiden selkiyttäminen</p>
<p>Tietosuojamääräykset haasteena yhteistyössä</p> <p>Vaitiolovelvollisuus vaikeuttaa yhteistyötä</p>	<p>Lainsäädäntö yhteistyön haasteena</p>	<p>Tiedonsiirrossa haasteita</p>
<p>Potilastietojen siirtäminen vaikeaa</p> <p>Epikriisit eivät kulje</p> <p>Tiedonkulku diagnoosisidonnaista</p> <p>Epikriiseihin toivotaan enemmän perhelähtöisyyttä</p> <p>Sairaanhoitajan lähetettä toivotaan takaisin</p> <p>Terveystietojen hoitaja- lehtinen antaa informaatiota</p> <p>Pitkä välimatka vaikeuttaa tiedonkulkua</p>	<p>Tiedonkulku puutteellista</p>	<p>Tiedonkulun kehittäminen</p>
<p>Tieto ei kulje arkaluontoisista asioista</p>	<p>Tietynlainen tieto ei kulje</p>	<p>Tiedonsisällön merkitys tiedonkulussa</p>

Perheen jaksamiseen liittyvät asiat

eivät siirry

Fakta tieto siirtyy

Hiljaista tietoa ei voida siirtää

Tiedon kulku parempaa tiettyjen sairasyhmien välillä

Tiedon siirtyminen

Vastuu tiedonkulussa

Käytänteiden vaikutus tiedonkulussa

vanhempien vastuulla

Lääkärit unohtavat kysyä lupa

tietojen luovuttamiseen

Vanhemmat olettavat tiedon

siirtyvän automaattisesti

Perheen elämäntilanne

Perheen vaikutus tiedonkulkuun

Perhe keskeinen tekijä hoidon jatkuvuudessa

tulee huomioida hoitotyössä

Joskus vaikea tietää kenelle tietoja saa

luovuttaa perheessä

Perheen rakenne vaikeuttaa

tiedonkulkuun estävästi

Perhe voi halutessaan estää tiedon siirtymisen

Kansainväliset perheet tuovat haastetta yhteistyöhön

Tulkkien saaminen on vaikeaa

Erilaiset kulttuurit tuovat haastetta yhteistyöhön